



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2015/2016 – 4º ANO**

Autora: Carina Soraia Pires Rodrigues Nº 2799

Mindelo, Julho de 2016

Trabalho a ser apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem.

Importância do enfermeiro na promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Discente: Carina Soraia Pires Rodrigues

Orientador: Enfº. Nivaldo Castro

Mindelo, Julho de 2016

Dedicatória

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e depois a minha mãe **Isabel Pires** que mesmo distante sempre acreditou em mim, apoiando-me, tanto pela parte financeira durante o decorrer do curso, bem como pela parte emocional, dando-me incentivo e forças para seguir sempre em frente e nunca desistir dos meus objetivos. De seguida a minha querida filha **Rosalina Pires** pelo amor e carinho.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente ao meu orientador Enfermeiro **Nivaldo Jorge Neves e Castro**, não só pela orientação mas também pela paciência e dedicação no decorrer do trabalho.

Agradeço ao meu querido irmão **Anísio Pires** pelo carinho, compreensão e companheirismo.

Agradeço a minha amiga e colega **Antonela Vitória** pelo companheirismo e ajuda assim como o meu amigo e colega **Paulo Ramos** pela paciência, a interajuda durante o estágio profissional e desenvolvimento do trabalho.

Um especial agradecimento a Universidade do Mindelo e todos os docentes que de uma forma ou de outra contribuíram para minha formação.

Agradeço ao meu amigo e pai da minha filha, **João Sousa** pelos anos de paciência, apoio e dedicação durante o percurso académico.

Agradeço a enfermeira **Fernanda Neves** pela dedicação e motivação durante o estágio profissional e também os restantes enfermeiros integrados no respetivo centro que disponibilizaram prontamente em colaborar na aplicação da entrevista.

Agradeço ao meu namorado **Zariolino** pela amizade compreensão e ajuda durante a elaboração do trabalho.

Ainda o meu agradecimento vai para a responsável do lar da terceira idade da Cruz vermelha, **Jailza Ramos**, pela oportunidade proporcionada para a realização do estudo nesta instituição e a todos os idosos pelo carinho.

A todos um muito obrigado!!!

Epigrafe

“Não tenho medo da velhice: a alma não tem idade e a mente não envelhece”.

(Torres Pastorinho)

Resumo

O presente trabalho iniciou com objetivo de identificar a importância do enfermeiro na promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Perante os idosos é fácil identificar, que a maioria preferia estar em casa com a família ou mesmo sozinho no seu espaço onde, mesmo com limitações sentia-se autónomo capaz de realizar tarefas simples do dia-a-dia e conviver com a sociedade a qual esteve acostumado a vida inteira. Mas, ao considerar as condições específicas dos idosos, cabe as instituições oferecer uma assistência qualificada focando nas suas necessidades. Mostra-se imprescindível que estas tenham um vínculo com os serviços de saúde para terem acesso a uma equipe multiprofissional qualificada que os possa orientar e ajudar no trabalho ligado a terceira idade.

Para a realização do mesmo optou-se por um estudo de carácter investigativo, baseado numa abordagem qualitativa descritiva. A população do estudo é constituída por 4 enfermeiros de um centro de saúde em São Vicente (SV) e 8 idosos do lar da terceira idade da Cruz Vermelha (CVL) de SV e o instrumento de colheita de dados foi entrevistas semiestruturada, para os enfermeiros e os idosos.

O tratamento dos dados foi efetuado através de análise dos mesmos. Com os resultados podemos verificar que o enfermeiro tem um desempenho crucial dentro da instituição na medida em que este é dotado de qualificação e conhecimentos levando a um aumento da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. No que toca a cuidados de saúde, o enfermeiro deve ter um papel ativo na instituição, voltada a educação e interação com os idosos em que a convivência social fora da instituição é um elo para aumento da qualidade de vida.

Através das entrevistas podemos observar a importância do enfermeiro na promoção da qualidade de vida dos idosos na instituição e também constatou-se que os idosos assumem ter uma boa relação com a instituição, os restantes residentes e funcionários.

As palavras-chave: qualidade de vida, idosos institucionalizados, necessidade dos idosos, importância do enfermeiro, convivência social.

Abstrat

This work began in order to identify the importance of nurses in promoting the quality of life of institutionalized elderly. Faced with the elderly is easy to identify that most would rather be at home with family or even alone in his room where , even with the limitations felt autonomous able to perform simple day -to-day tasks and live with the society which She has been accustomed to life . But when considering the specific conditions of the elderly, it is the institutions offer a qualified assistance focusing on their needs. It is shown imperative that they have a link with health services to have access to a qualified multidisciplinary team that can guide and help work on the elderly.

For the realization of it we opted for an investigative character study, based on a descriptive qualitative approach. The study population consists of four nurses at a health center in SV and 8 elderly care home of CVL and the data collection instrument was semi-structured interviews for nurses and the elderly

Processing of the data was performed by analysis of the same. The results can be seen that the nurse has a crucial performance within the institution in that this is provided with skills and knowledge leading to an increase in the quality of life of institutionalized elderly. When it comes to health care, nurses must take an active role in the institution, dedicated to education and interaction with the elderly in the social life outside the institution is a link to increased quality of life.

Through interviews we can see the importance of nurses in promoting the quality of life of older people in the institution and also found that seniors take have a good relationship with the institution, the remaining residents and staff.

Keywords: quality of life, the institutionalized elderly, the elderly need, importance of nurses, social coexistence.

Lista de siglas

CSR - Centro de Saúde de Ribeirinha

CV - Cabo Verde

CVCV - Cruz Vermelha de Cabo Verde

CVL- Cruz Vermelha

NANDA-North American Nursing Diagnosis Association

NIC-classificações das intervenções de enfermagem

nº- número

OMS - Organização Mundial da Saúde

Qdv - Qualidade de vida

SV - São Vicente

TCC - trabalho de conclusão de curso

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

Índice

INTRODUÇÃO	12
JUSTIFICATIVA E PROBLEMÁTICA.....	14
CAPITULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	18
1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
1.1 – A Saúde e o idoso	19
1.1.1. Relativamente a saúde do idoso	20
1.1.2 - Qualidade de vida (Qdv) do idoso.....	20
1.1.3 - O envelhecimento e a sociedade	22
1.1.4 - O envelhecimento e a velhice	24
1.1.5 - Algumas mudanças biológicas no processo de envelhecimento	26
1.2 - A institucionalização dos idosos.....	29
1.2.1 - Fatores de risco para a institucionalização das pessoas idosas	30
1.2.2 - A importância de atividade de lazer nos idosos.....	32
1.3 - Cuidados de Enfermagem	33
1.3.1 - O Cuidado enfermeiro/familiar	35
1.3.2 - Promoção da saúde á pessoa idosa	36
1.3.3 - Diagnósticos de enfermagem e intervenções.....	39
CAPITULO II - FASE METODOLÓGICA	42
2 - FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA	43
2.1 - Tipo de estudo.....	44
2.2 - População alvo e amostra	44
2.3 - Instrumento de recolha	45
2.4 - Descrição do campo empírico.....	47
2.5 - Procedimentos éticos.....	49
CAPITULO III - FASE EMPÍRICA.....	50
3 - APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	51
3.1 - Apresentação dos dados dos enfermeiros.....	51
3.2 – Apresentação dos dados dos idosos	56
3.3 - Discussão dos dados	62
Considerações finais.....	65
Referências bibliográficas	67

Índice dos apêndices e anexo

Apêndice I-cronograma-----	71
Apêndice II - Carta Dirigida a Delegacia de Saúde -----	72
Apêndice III - Carta Dirigida a Cruz Vermelha-----	73
Apêndice IV - Consentimento informado-----	74
Apêndice V - Guião de Entrevista para os Enfermeiros-----	75
Apêndice VI - Guião de Entrevista para os Idosos-----	76
Anexo I - Autorização facultada pela responsável do lar da terceira idade da Cruz Vermelha. -----	77

INTRODUÇÃO

O trabalho que se apresenta tem a finalidade de constituir um dos principais requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, lecionada na Universidade do Mindelo no decurso do ano Letivo 2015/2016.

A escolha do tema para a realização do presente trabalho intitulada: *“Importância do enfermeiro na promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados”*, que repercute sobre os idosos do lar da terceira idade da Cruz Vermelha de São Vicente (CVSV), o interesse pelo mesmo suscitou-se no decorrer dos ensinamentos clínicos e também por ser ainda pouco explorado.

A escolha do tema vai de encontro com o interesse pessoal, das vivências durante o curso de enfermagem e relativamente as experiências vividas durante os ensinamentos clínicos, sendo assim pretende-se mostrar a importância do enfermeiro na promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

É importante que os profissionais de saúde estejam sempre envolvidos com população idosa nas questões de (promoção, prevenção e cuidados de saúde) dando importância as características próprias da terceira idade.

Mas para Saldanha (2006), não é menos verdade de que cerca de 80% dos idosos ultrapassam os setenta anos de idade sem sinais clínicos de patologias e com um estado mental perfeitamente compatível com a sua dependência no que concerne a tarefas do dia-a-dia.

O facto de Cabo Verde (CV) ser um País pobre e de desenvolvimento médio, faz com que grande parte da população vive em condições difíceis principalmente quando se fala da população idosa que necessita de recursos sustentáveis para satisfazer as necessidades diárias bem como as de saúde.

Posto isto, Boletim Oficial da Saúde CV (BOS) (2011), afirma que apesar dos avanços do País ainda este continua marcado pela pobreza e vulnerabilidade que defletem mais nas condições de vida dos idosos que representam uma parte altamente dependente.

Assim sendo, verifica-se um grande número (nº) de idosos institucionalizados em CV, pelo fato de não terem famílias, nem condições para viver e outros porque foram abandonados pela família devido a idade e incapacidade.

Para complementar o Boletim Oficial de Saúde (BOS) (2011), acrescenta que com efeito a pobreza atinge particularmente os idosos e em grande maioria por falta de meios de subsistência que não tiveram durante o decorrer da vida oportunidades de garantir, a sua proteção social, velhice e principalmente doença.

No que tange a estrutura é de referir que o trabalho encontra-se estruturado em três capítulos, para o melhor entendimento do tema em estudo. Precedentemente de entrar no primeiro capítulo fez-se uma nota introdutória, que corresponde a uma breve apresentação do tema, a justificação e a motivação para o seu desenvolvimento.

Para a realização do mesmo optou-se por um estudo de tipo qualitativo, descritivo, que foi desenvolvido no centro de saúde de Ribeirinha (CSR) e no lar da terceira idade da (CVL).

O capítulo I - corresponde ao enquadramento teórico onde descreveremos alguns conceitos da terceira idade, qualidade de vida (Qdv) dos idosos assim como a importância do enfermeiro na promoção da Qdv na instituição da terceira idade. A segunda parte trata-se do capítulo II - fase metodológica onde foi descrito a metodologia que serviu de base para a elaboração da parte empírica da pesquisa.

E por último o capítulo III - compreende-se na fase empírica, onde apresenta-se a análise e discussão dos dados, que serão apresentados e tratados os resultados obtidos durante o processo de investigação, depois segue as considerações finais, referências bibliográficas, os apêndices e anexos.

É de realçar ainda que o presente trabalho foi redigido e formatado segundo as normas da redação e formatação do trabalho científico proposta pelo Doutor Albertino Graça, no livro Introdução À Investigação Científica: Guia para investigar e redigir publicada no ano 2004.

JUSTIFICATIVA E PROBLEMÁTICA

O interesse em abordar essa problemática, surgiu durante o ensino clínico de vulnerabilidade em contextos críticos, realizado num lar de idosos da ilha de SV. Ao longo deste fui percebendo que nem todos os idosos no processo de envelhecimento se faziam acompanhar a qualidade de vida. Assim sendo, para compreender melhor o dia-a-dia dessas pessoas, seus medos, emoções, fragilidades, e a razão pelo qual uma pessoa idosa deixa sua casa para viver num lar surge o tema.

E nessa perspectiva surge a necessidade de compreender os demais fatores a volta do processo de envelhecimento, dando importância função do enfermeiro, nessa fase da vida nomeadamente quando se fala da qualidade de vida.

Durante o ensino clínico, os idosos referiram que sentiam-se abandonados, tristes, carentes e que faltavam atividades simples como: passear, conviver com a família e amigos, a interação social que foi deixado de lado desde que passaram a viver no lar.

Logo é preciso conhecer a atual situação dos mesmos, com o único propósito de criar condições adequadas, possibilitando dessa forma alcançar um nível de vida sustentável para esse grupo, visto que, para além de ser um grupo vulnerável, necessitam relacionarem e envolverem com outras pessoas fora do ambiente que estão inseridos e terem cuidados específicos de enfermagem.

Ainda acrescento que o tema deve-se ao facto de ser uma área pouco explorada no nosso meio, mas que necessita de uma atenção especial, principalmente por parte dos enfermeiros que são capazes de promover a saúde e melhorá-la.

É de salientar que este tema foi escolhido perante as reais necessidades que os idosos institucionalizados apresentam. Além do que abordar essa problemática vai possibilitar-me conhecer e dar a conhecer a realidade desses idosos para as variadas áreas incluindo as áreas científicas, as sociais e as de saúde.

Neste sentido, Stanhope e Lancaster (2011), afirmam que, apesar de ser inevitável, que todos irão envelhecer os indivíduos envelhecem em ritmos diferentes e os vários sistemas fisiológicos em qualquer indivíduo, envelhece de modo diferente.

Segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) (2012), é importante não esquecer que o risco de ter uma doença crónica aumenta com a idade,

não apenas por razões cronológicas em si, mas também pelo acúmulo, ao longo da vida, dos fatores de risco de doença o torna importante a promoção da saúde e na prevenção da doença durante toda a vida.

De acordo com os dados do PNDS (2012, p, 131),

“a transição demográfica em curso aponta para uma frequência cada vez maior de pessoas com idades superiores aos 65 anos estimada em 7,7% da população residente. A população com mais de 65 anos de idade no ano de 2000 era de 37 116 e em 2010 era de 37 815 pessoas (Instituto Nacional de Estatística, 2010). O censo de 2010 indica que em cada cem idosos, 31% apresenta algum tipo de deficiência que dificulta a mobilidade, 43,3% apresentava problemas de visão, 23,3% são pessoas com deficiência auditiva e 11% encontram-se em situação de dependência. A esperança de vida à nascença em Cabo Verde (CV) é hoje de 72 anos para os homens e 76 anos para as mulheres”.

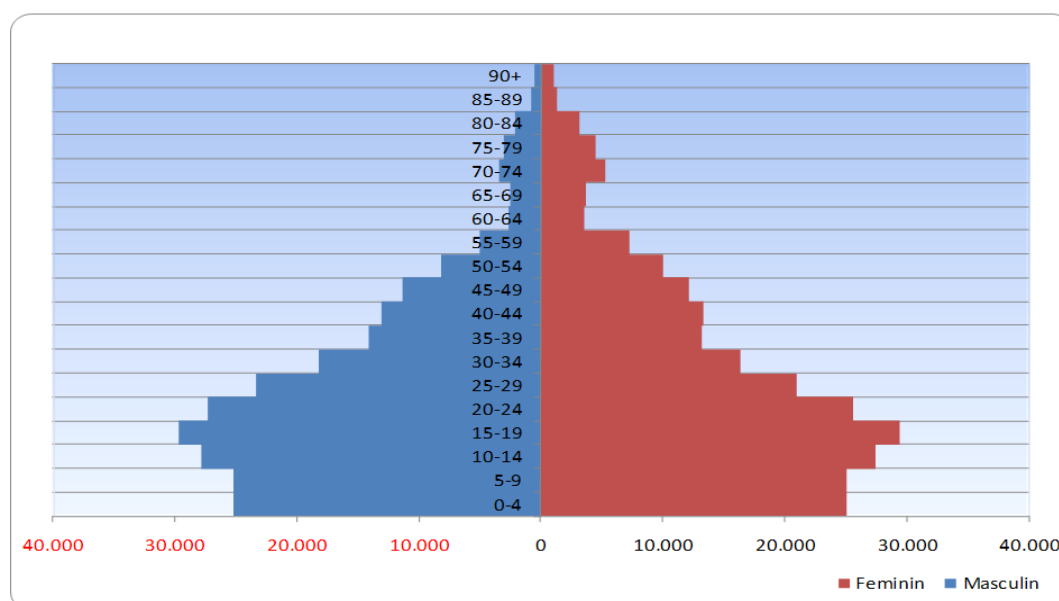
Nessa perspectiva o (BOS) (2011) fundamenta que não obstante de existir em CV a solidariedade familiar para com os idosos registam-se muitos casos de idosos isolados nos diversos estratos sociais, cuja situação requer uma intervenção específica.

De acordo com Ferreira, Rodrigues e Nogueira (2006), após a segunda metade do século XX, o envelhecimento demográfico surge como um fenómeno novo nas sociedades desenvolvidas.

Logo Squire (2005), sustenta esta afirmação, referindo que a população mundial esta a envelhecer e apesar de esta tendência ter sido ignorada durante dois séculos, é agora olhada como um dos maiores desafios políticos, económicos do futuro. Isto é, devido ao fato de nos últimos 30 anos se ter verificado o aumento, tanto do número total como na proporção, da população com idade superior 65 anos de idade ou mais.

Segundo o BOS (2011), CV enfrenta um processo de evolução demográfica, caracterizada pela redução dos níveis de mortalidade e de fecundidade e pela redução dos movimentos migratórios para o exterior. Entre 2000 e 2010, de acordo com o ultimo censo a taxa anual de crescimento de populacional foi de 1,2 %. A população com idade igual ou superior a 60 anos cresceu em termos absoluto, passando de 37.116 (2000) para 37.815 (2010), representando 7,7% da população.

Figura 4: Pirâmide etária da população Cabo-verdiana (2010)



Fonte: INECV (2010)

A pirâmide etária da população apresenta uma base relativamente larga, o que está de acordo com os indicadores acima referidos. O facto da base da pirâmide ter-se apertado na faixa etária que vai dos zero aos 9 anos, poderá ser explicado pelo facto da redução da taxa de natalidade. Na faixa dos 15 aos 69 anos, a pirâmide apresenta um equilíbrio para ambos os sexos.

Observa-se na faixa dos 60 aos 69 anos uma redução do número de efetivos. Este facto poderá ser explicado pelo período de fome de 1947 em que houve uma sobre mortalidade de crianças e também devido à emigração. O topo da pirâmide apresenta um número de efetivos muito reduzido para ambos os sexos.

Ainda no BOS (2011) vê-se que a população na faixa etária de 60 á 79 anos é mais representativa no universo da população idosa, com predominância das mulheres. Em termos proporcionais entre os dois períodos censitários, observou-se uma pequena redução, passando de 72,8% em 2000 para 68,2% em 2010.

Em última análise o BOS (2011), assinala que há uma tendência de evolução demográfica, prevê-se a duplicação da população cabo-verdiana, acentuando-se o aumento a nível da população idosa particularmente no efetivo da população com 60 e mais anos.

Nesta ótica, Saldanha (2009), acrescenta que este fenómeno provoca preocupações acrescidas acerca da saúde dos mais velhos, em consequência de se ter verificado aumento da incidência de doenças crónicas e degenerativas que na maior parte dos casos conduzem a perda da independência dos cidadãos mais velhos.

Além disso Hanson (2005), acrescenta que, a nossa sociedade esta a envelhecer rapidamente, a medida que a mudança demográfica influencia cada instituição da sociedade, nenhuma é mais afetada do que a família e os cuidados de saúde.

Sendo assim delinea-se a pergunta de partida: *“Até que ponto o enfermeiro pode contribuir para melhor a qualidade de vida dos idosos institucionalizados”*.

Para dar resposta a pergunta de partida foi elaborado o seguinte objetivo geral: descrever a importância do enfermeiro na promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

E para alcançar o objetivo geral foi proposto os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Identificar os fatores que levam a institucionalização dos idosos;
- ✓ Identificar a relação da convivência dos idosos no lar com a convivência fora do da instituição.
- ✓ Verificar as estratégias ou contribuições de enfermagem para a melhoria da qualidade de vida (Qdv) dos idosos na instituição.
- ✓ Descrever as intervenções de enfermagem para a promoção da Qdv.

Para alguns idosos o simples fato de conviver, conhecer, e conversa com pessoas novas, estar num ambiente diferentes daquele de todos os dias é um meio para aumento da Qdv.

CAPITULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta fase representa uma etapa fundamental para o desenvolvimento do trabalho, uma vez que, nesta fase são elaborados todos conceitos e teorias para fundamentar a pesquisa.

Para a construção do enquadramento teórico é necessário a selecção de informações, construindo assim uma matriz teórica, no qual irão ser explanados as noções básicas, que por sua vez, constituem as bases para o desenvolvimento deste trabalho.

1.1 – A Saúde e o idoso

O fato da saúde ser um conceito que deriva dos antecedentes é difícil defini-la do meio sociocultural ou dos trajetos de cada individuo.

Assim para o sociólogo, a saúde deve ter em conta componentes como a família, o trabalho, a sociedade, e representa a capacidade total que cada um tem de cumprir seu papel dentro da sociedade. Para o psicólogo a saúde corresponde ao desenvolvimento pessoal e situa-se num contexto de adaptação ao *stress*, que permite a todo o ser humano, reagir as mudanças que esta sujeito (Berger e Mailloux, 1995).

Os enfermeiros considerando a sua formação técnica e médica tem também seu próprio conceito de saúde. Hoje a saúde não é exclusivamente tarefa dos profissionais de saúde mas de toda a comunidade. Surge de novas atitudes e de novos meios de ação que deixam uma maior liberdade as pessoas

Segundo González citado por Carvalho e Carvalho (2006), a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1946), proferiu na sua carta Magna, definindo a saúde como: um estado de completo bem-estar físico e social, e não apenas ausência de doenças ou enfermidades.

Na mesma perspetiva Laverack (2004), diz que a saúde é a expressão positiva do nosso bem-estar e que reside na qualidade de partilhar e gostar dos nossos momentos. A sabedoria popular da nossa linguagem pressupõe que a saúde é intrinsecamente holística.

Mas para Berger e Mailloux (1995), esta definição largamente difundida, esta longe de provocar unanimidade. É raro uma pessoa estar ao mesmo tempo de perfeita saúde e ao mesmo tempo completo de bem-estar físico, mental e social.

Assim Osório e Pinto (2007), concluem que, se entendermos a saúde como uma situação de funcionalidade física, psíquica e social normal, esta deveria contribuir, no caso dos idosos, para que o processo de envelhecimento se desenrolasse normalmente.

1.1.1. Relativamente a saúde do idoso

Como descreve o BOS (2011), existem importantes desafios no que toca a saúde dos idosos, considerando que é nessa faixa etária que aparecem mais situações de doenças muitas vezes crónicas e incapacitantes, resultando em deficiências e doenças de foro psiquiátrico.

No que tange Osório e Pinto (2007), existem várias lacunas no conhecimento do estado de saúde das populações de idade avançada, que são uma consequência dos problemas de conceptualização e definição de saúde e das dificuldades de aferir.

Ainda Squire (2005), acrescenta que, quando exploramos a perceção de saúde da pessoa idosa, começamos a ver que a saúde é dinâmica e pode variar com o tempo, espaço e as circunstâncias de saúde para a pessoa idosa pode significar, ser capaz de viver na própria casa, ser independente e gostar de estar com a família e amigos.

Continuando com o raciocínio Osório e Pinto (2007), acrescentam que os problemas de saúde doença estão intimamente ligados ao modo de vida humano e não podem ser retiradas do contexto social em que ocorrem.

Segundo os mesmos (2007), em teoria uma pessoa poderá viver sem adoecer até morrer de morte natural, depois de viver uma longevidade máxima. Apesar de esta possibilidade existir não acontece com muita frequência devido ao ambiente social humano repleto de risco para o nosso organismo.

1.1.2 - Qualidade de vida (Qdv) do idoso

A Qdv depende da diversidade dos valores determinantes que derivam de uma história de interações interpessoais e ambientais em inter-jogo contínuo de influências internas e externas.

Segundo Paschoal (2000, p, 17),

“viver cada vez mais tem implicações importantes na qualidade de vida e a longevidade pode ser um problema com consequências serias nas diferentes dimensões da vida, humana, física, psiquiátrica e social. Esses anos vividos a mais podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, anos marcados por doenças declínio funcional aumento da dependência, perda da autonomia isolamento social e depressão. No entanto se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autônomos e independentes, a sobrevida poderá ser plena de significado. Portanto frente a transição demográfica e epidemiológica avaliar a qualidade de vida dos idosos assume importância fundamental”.

A Qdv é um conceito abrangente que visa analisar, além da condição clínica de saúde do indivíduo, os aspectos perceptuais quanto ao seu bem-estar pessoal e auto-estima.

Neste sentido Pachal (2000), afirma que para isso, exige a avaliação de questões relativas à percepção do estado de saúde, estilo de vida, capacidade funcional, autocuidado, suporte familiar, interação social, atividade intelectual, nível socioeconômico, estado emocional, valores culturais, religiosos e satisfação pessoal quanto às atividades diárias assim como o ambiente onde vive.

Como não há um consenso sobre a definição de Qdv, o primeiro passo para o desenvolvimento do instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) foi a busca da definição do conceito.

Assim a OMS, reuniu especialistas de várias partes do mundo, que definiram Qdv como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHOQOL Group, 1995).

Este é um conceito amplo, onde abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.

Segundo Peres e Ciampone (2006), a Qdv busca a existência de recursos humanos, materiais compatíveis/adequados com a oferta de cuidados orientada pelas necessidades de saúde.

Para Couvrer (2001), a Qdv compreende simultaneamente um aspecto, objetivo e subjetivo uma vez que respeita a forma como cada um se sente física e

psicologicamente em relação ao meio. Existe uma relação lógica e proporcional entre a Qvd e a saúde, efetivamente pode-se dizer quanto maior a saúde maior é a Qdv.

Logo Lobo, Santos e Gomes (2014), afirmam que a maior longevidade do ser humano só faz sentido se corresponder a uma boa Qdv, sendo este um dos principais desafios da sociedade atual. Embora exista alguma confusão entre o estado de saúde física e Qdv, perceber-se que esta se refere a uma consequência direta do próprio estado de saúde, e também a Qdv nos idosos é determinada em grande parte pelo seu estado funcional e condições de saúde.

Um dos principais objetivos da vida é a procura da Qdv, especialmente com o avançar da idade. Nesta fase ocorrem mudanças físicas, sociais e psicológicas e até mesmo estereótipos e preconceitos levando dessa forma há uma diminuição da Qvd. A Qvd em qualquer indivíduo depende da sua história de vida desde a nascença até morrer ou seja envolve diversos critérios nas quais incluem: critérios sociais, ambientais, pessoais, relações atuais, e passadas e perspectivas para o futuro. Assim sendo a Qdv do idoso inclui vários elementos: família, ambiente físico, saúde, bem-estar conforto, ocupação, educação, genética e estilo de vida.

1.1.3 - O envelhecimento e a sociedade

O idoso é um componente essencial da sociedade que necessita de respeito e cuidado personalizado. E de acordo com Saldanha (2009), envelhecer não constitui um problema, mas antes um privilégio, que para o país onde o velho viveu a maior parte da sua existência, quer para a família, sociedade que o envolve, pois, transporta em si um manancial de conhecimentos que adquiriu pela experiência vivida em cada dia.

Contudo Bize e Vallier (1985), afirmam que, o envelhecimento é um fenómeno global que deriva certamente da maior proporção de pessoas idosas na população global, isto por diversas razões, entre as quais o progresso da medicina mas também a diminuição constante da natalidade. Esta só em parte é compensada pela diminuição da mortalidade infantil. Na verdade o seu papel é prolongar a longevidade média de que neutralizar o envelhecimento da população.

Nesta ótica Townsend (2011), refere que desde os primórdios da cultura, o idoso tem um *status* especial na sociedade e mesmo atualmente em algumas culturas os idosos são os mais poderosos e respeitados membros da sociedade. Logo, a ideia de que

todos os idosos estão doentes, deprimidos, obcecados pela morte, senis e incapazes de mudar, afeta muito como os velhos são tratados.

Segundo Neto e Brito (2001), pode-se considerar o envelhecimento como uma fase final do todo o *continuum* que é a vida, começando com a concepção e terminando com a morte. Caracterizado ainda pelo declínio das funções orgânicas e, em ocorrência acarreta maior suscetível a eclosão que doenças que terminam por levar o idoso à morte.

Portanto Townsend (2011, p, 729) ainda realça que,

“o conceito de velho tem mudado drasticamente ao longo dos anos. Os nossos ancestrais pré-históricos provavelmente tiveram um período de vida de 40 anos. Conforme a civilização se desenvolveu as taxas de mortalidade permaneceram elevadas como resultado da fome periódica e frequente desnutrição. A melhoria dos padrões de vida não foram verdadeiramente evidentes até o século XVII. Deste esse período, os suprimentos alimentares asseguraram mudanças na produção de alimentos, melhores condições de habitação e as instituições clínicas e sanitárias mais progressivas contribuíram para o crescimento da população, para o declínio da mortalidade e um importante aumento na longevidade”.

Seguindo a mesma linha de pensamento Saldanha (2009), afirma que o aumento da longevidade deu-se graças aos avanços das ciências médicas, em especial no controle de doenças infecciosas, quer por medidas higiênicas quer por uso de antibióticos; ao melhor conhecimento de um certo número (nº) de doenças em que poderão ser curadas ou estabilizada e por um certo nº de drogas que foram descobertas.

Segundo o BOS (2011), os idosos de CV constituem o guardião dos valores culturais e morrais, sendo de destacar neste aspeto a sua contribuição na sociedade cabo-verdiana, e na preservação de valores tradicionais. Contudo uma parte vive sozinha ou em famílias desestruturadas e privadas do acesso ao conhecimento e ao saber, informação e a comunicação.

As atividades sociais e culturais envolvidas com os idosos promovem uma melhor Qvd, e o enfermeiro deve ter a capacidade de realizar ações para que esses se sintam interiorizados com o meio envolvente.

De acordo com o BOS (2011), a restrição da dignidade do idoso implicará aproveitamento das suas capacidades e potencialidades e o aumento da sua participação no desenvolvimento socioeconómico.

Nessa perspectiva Berger e Mailloux (1995), suscitam que existem vários elementos suscetíveis de influenciar as atitudes sociais relativamente aos idosos nas quais se destacam:

- ✓ Perda da aparência física
- ✓ Proximidade da morte
- ✓ Aumento da dependência
- ✓ Comportamento geralmente mais lento
- ✓ Imagens positivas ou negativas vinculadas pelos meios de comunicação social.

No dizer de Townsend (2011), a idade avançada traz muitas mudanças importantes socialmente induzidas, algumas das quais tem um potencial negativo sobre o bem estar-físico e mental das pessoas idosas. Estas por sua vez em virtude a todas as culturas partilham algumas necessidades e interesses básicos.

Segundo Townsend (2011), o crescente desrespeito pelos idosos resultou num tipo de segregação: as pessoas idosas voluntariamente procuram o isolamento ou são involuntariamente internados em residências especiais para os idosos. É importante para os idosos poderem sentir parte de um grupo integrado, e estão a migrar para as instituições, na tentativa de alcançar esta integração.

1.1.4 - O envelhecimento e a velhice

Sem dúvidas de que o envelhecimento não é sinónimo de doença nem tão pouco um problema mas sim um privilégio. Conforme refere a OMS (2006), nos países em desenvolvimento são qualificados como idosos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, já nos países desenvolvidos os indivíduos qualificados como idosos apresentam uma idade cronológica igual ou maior que 65 anos.

O envelhecimento é um processo natural de todo ser humano, ocorre de forma contínua e irreversível, se diferencia de pessoa para pessoa por fatores intrínsecos e extrínsecos.

Não podemos de modo algum, ignorar que as pessoas idosas, visto que, estes são portadoras de uma história de vida, e provavelmente de uma série de limitações (físicas, psicológicas ou sociais), que nenhum outro grupo etário comporta, sendo assim

é fundamental, preservar a sua própria autonomia e minimizar os aspetos menos bons, valorizando os aspetos positivos.

Segundo Almeida (2008), se o envelhecimento é um processo que se vai desenvolvendo ao longo da vida, ele implica aprendizagens, adaptações, participação e até mesmo ajudas, pelo que é necessário as pessoas encararem a vida de um modo positivo, tentando sempre resolver os problemas que vão surgindo.

Assim de Saldanha (2009), refere que desde a idade media que os alquimistas e homens da ciência têm procurado o elixir da longa vida e o segredo, o segredo da eterna juventude.

Ainda Saldanha (2009), afirma que no que diz respeito ao prolongamento da vida do ser humano, no século XX já fez a prova de que nos países desenvolvidos viver para além de 90 anos já é uma realidade evidente.

De acordo com Silva (2006), os conteúdos distintos a velhice aparece muitas vezes, associada a idade relativamente avançada que pressupõem uma capacidade laboral diminuída pelo desgaste psicofisiológico sendo da natureza social pela implicações e consequências é essencialmente biológica.

Portanto Saldanha (2009), acrescenta que o aumento da longevidade foi conseguido graças as melhorias das condições económicas da maioria dos cidadãos, permitindo-lhes a aquisição de alimentos com mais facilidade, como consequência do desenvolvimento das técnicas industriais, facilitadora de produção em maior quantidade e armazenamento em boas condições bem como os avanços da medicina.

Já no dizer de Silva (2006), o período de envelhecimento é cada vez mais prolongado, mas os últimos anos constituem um final anunciado do ciclo da vida em que o funcionamento biológico determina o funcionamento social, restringindo a capacidade de eleição e por isso possibilitando dizer o decurso dos acontecimentos futuros.

O ser humano é um ser complexo, dotado de inúmeras diferenças e a velhice não foge a regra. Logo na perspectiva de Townsend (2011), as pessoas são únicas nos seus processos físicos e psicológicos de envelhecimento, tal como influenciado pela sua disposição de resistência a doenças, pelos efeitos do seu ambiente externo, infeções, doenças passadas e pelas práticas de saúde e doença que adotaram durante a sua vida.

Muito embora a velhice não seja uma doença muitas são as patologias que afetam a população idosa. Sendo assim Berger e Mailloux (1995), suscitam que a medida que o individuo vai envelhecendo instalam-se cumulativamente, diversas transformações. Elas provocam abrandamento nas atividades corporais e cerebrais, uma diminuição nas percepções sensoriais fragilidade dos órgãos, dos sistemas e perturbações nas funções vitais.

Neste sentido a OMS, exala algumas recomendações para o grupo de idosos que apresentam maior risco de adoecer, que são:

- ✓ Possuir idade igual ou superior a 80 anos;
- ✓ Residirem sozinhos;
- ✓ Mulheres sobretudo que são viúvas ou solteiras;
- ✓ Idosos que vivem isolados socialmente tanto solteiro ou casado;
- ✓ Apresentam incapacidades moderadas ou severas que comprometem as suas atividades rotineiras da vida diária e residem em asilos ou casas de repouso.

1.1.5 - Algumas mudanças biológicas no processo de envelhecimento

A medida que a pessoa envelhece há uma perda de células quantitativas e alterações em muitas atividades enzimáticas dentro das células, resultando numa resposta diminuída as necessidades biológicas feitas no organismo.

De acordo com Townsend (2011, p, 734) varias são as alterações que ocorrem na população idosa nas quais se enquadram:

Pele: uma das alterações mais dramáticas que acontece no envelhecimento é a perda de elastina na pele. Este efeito, assim como as alterações no colagénio, faz a pele enrugar e descair. Uma maior quantidade de vasos sanguíneos na pele resulta numa velocidade de cicatrização mais lenta.

Sistema cardiovascular: O declínio no sistema cardiovascular relacionado com a idade é considerado como a principal determinante da diminuição da tolerância para o exercício e capacidades físicas, sendo assim o principal fator de declínio na reserva de energia. O coração que envelhece é caracterizado por uma ligeira hipertrófica com complacência a ventricular reduzida e debito cardíaco diminuído. Isso resulta numa

diminuição de respostas as demandas de trabalho e alguma diminuição no fluxo sanguíneo para o cérebro, rins, fígado e músculos.

Sistema respiratório: A expansão torácica fica diminuída pelo aumento no tecido fibroso e perda da elastina. A capacidade vital pulmonar diminui e a quantidade de ar residual aumenta. Áreas dispersas, de fibrose no septo alveolar interferem com a troca de oxigênio e dióxido de carbono. Essas alterações são aceleradas pelo uso de cigarros ou de outras substâncias inaladas. Os reflexos da tosse e laríngeos estão reduzidos, provocando diminuição da capacidade de defender as vias aéreas.

Sistema músculo-esquelético: O envelhecimento do esquelético que envolve os ossos, músculos, ligamentos e tendões, gera geralmente as limitações mais frequentes nas atividades da vida diária experienciadas pelas pessoas idosas. A perda da massa muscular é significativa, embora isso aconteça mais lentamente nos homens do que nas mulheres. As fibras musculares tornam-se mais finas e menos elásticas com o envelhecimento. Há uma diminuição no armazenamento do glicogênio muscular, resultando na perda da reserva de energia para atividade crescente.

Sistema endócrino: A diminuição das hormonas a nível da tiroide provoca uma redução na taxa metabólica basal. Quantidades diminuídas da hormona adrenocorticotrófica podem resultar numa resposta ao *stress* menos eficiente. As anomalias observadas na libertação da glicose e resistência a insulina nas pessoas idosas podem estar relacionadas com muitos fatores, para além do envelhecimento biológico (obesidade, história familiar de diabetes) podem ser influenciados substancialmente pela dieta ou exercícios.

Sistema geniturinário: As pessoas idosas são propensas a desenvolver a síndrome secreção inadequada da hormona antidiurética, e os níveis de nitrogénio na ureia sanguínea creatina podem estar ligeiramente elevados. Nos homens, hipertrofia da glândula da próstata é comum, conforme o envelhecimento acontece. A perda de controlo do músculo e do esfíncter, assim como o uso de alguns medicamentos, pode provocar incontinência urinária nas mulheres.

Sistema imunitário: O envelhecimento resulta em alterações tanto nas respostas imunes medidas pela célula como nas medidas nos anticorpos. O tamanho da glândula timo declina continuamente a partir da puberdade, cerca de 15% do seu tamanho original aos 50 anos. As consequências destas alterações incluem uma maior

suscetibilidade a infeções, uma diminuição de resposta inflamatória que resulta no atraso de cicatrização. Devido ao declínio global na eficiência do sistema imunitário, a proliferação de células anormais esta facilitada na pessoa idosa. O cancro é o maior exemplo de células aberrantes que proliferem devido a ineficácia do sistema imunitário.

Sistema nervoso: o exame morfológico total revela atrofia geral nos lobos frontal temporal e parietal, alargamento do sulco e hipertrofia. Parece existir uma perda desproporcionalmente maior nas células do cérebro, no locus ceruleus, na substância nigra, e nos bolbos olfáticos, responsáveis por algumas principais características do comportamento do envelhecimento, como perturbações ligeiras da marcha, interrupções do sono e diminuição de percepção do olfato e do paladar.

Sistema sensoriais

Visão: a acuidade visual começa a diminuir na meia-idade. A presbiopia (visão próxima nublada) é um padrão no envelhecimento do olho. É causada pela perda da elasticidade das lentes do cristalino e resulta no comprometimento da acomodação. O desenvolvimento de cataratas é inevitável se o individuo vive tempo suficiente para as alterações ocorrerem. A coloração na íris pode desvanecer-se e a pupila pode tronar-se irregular no formato. Uma diminuição na produção de secreções pelas glândulas lacrimais pode provocara secura e resultar numa maior irritação e infeção.

Audição: a audição muda significativamente com o processo de envelhecimento. Gradualmente, ao longo do tempo, o ouvido perde a sua sensibilidade para discriminar os sons devido a lesão das células ciliadas da cóclea.

Paladar e olfato: A sensibilidade do paladar diminui ao longo do período de vida. A discriminação do sabor diminui e predominam as sensações de sabor amargo. A deterioração dos bolbos olfativos é acompanhada pela perda da acuidade olfativa.

Tato e dor: a capacidade para sentir dor também diminui em resposta á estas alterações e a capacidade de entender e de interpretar estímulos dolorosos muda. O limiar do tato aumenta com a idade, uma vez que, os recetores nervosos sensoriais organizam-se sobre a pele e continuam a diminuir ao longo do ciclo da vida. Estas alterações, tem implicações importantes para os idosos, na sua potencial falta de capacidade de utilizar os alertas sensoriais para escapar de lesões graves.

1.2 - A institucionalização dos idosos

Perante aos idosos é fácil identificar, que a maioria preferia estar em casa com a família ou mesmo sozinho no seu espaço onde, mesmo com limitações sentia-se autónomo capaz de realizar tarefas simples do dia-a-dia e conviver com a sociedade a qual sempre esteve acostumado a vida inteira. Mas ao considerar as condições específicas dos idosos, cabe as instituições oferecer uma assistência qualificada voltada para as suas necessidades. Para tanto, faz-se necessário que as instituições tenham acesso aos serviços de uma equipe multiprofissional qualificada para o trabalho na área gerontologia.

Nessa perspectiva Townsend (2011), afirma que a maioria dos idosos preferem ficar em seus lares ou até mesmo em lares de seus próximos durante o máximo de tempo possível enquanto suas necessidades possam ser satisfeitas sem deterioração das suas normas familiares e sociais.

Sendo assim Caldas (2003), salienta que o maior indicador de asilamento e outras formas de institucionalização de longa duração entre os idosos é a falta de suporte familiar, na medida em que, a família é o suporte informal dos idosos.

Mas Almeida (2008) salienta que, felizmente hoje em dia, tem vindo a instalar-se um novo olhar sobre esta problemática, procurando que os anos passados pelos idosos nestas instituições, e que são cada vez mais, sejam sinónimo de qualidade de vida.

Assim, Townsend (2011) acrescenta que, o crescente desrespeito pelos idosos resultou num tipo de segregação, a medida que as pessoas idosas voluntariamente procuram o isolamento ou são involuntariamente internados em residências especiais para os idosos. É importante para os idosos poderem sentir-se parte de um grupo integrado e estão a migrar para estas áreas na tentativa de alcançar esta integração.

Para Almeida (2008), é óbvio que não estão em causa somente os aspetos físicos desse ambiente, importantes sem dúvida, mas sim todas as variáveis constitutivas do mesmo.

Ainda Townsend (2011), afirma que a imagem e a subsequente reputação dos lares não têm sido positiva. Histórias de cuidados deficientes e abusos dos residente marcaram a indústria tornando-a difícil para as instituições que são limpas, bem geridas

e proporcionam cuidado inovador de qualidade aos seus residentes para a ultrapassarem o estigma.

Ainda Almeida (2008), acrescenta que o mesmo deverá ser estimulante, de forma a proporcionar um conjunto de experiências que permitam à pessoa idosa manter-se ativa sob todos os pontos de vista, objetivando a que o processo de envelhecimento possa ser, de alguma forma, retardado, tendo sempre em vista contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Muitas pessoas idosas e familiares vêm os lares como um lugar para onde se vai morrer, e o fato de muitas dessas instituições estarem precariamente equipadas, com poucos funcionários e desorganizadas mantem essa percepção da sociedade viva (Townsend, 2011).

Há no entanto excelentes instituições, que se esforcem para ir além das regulações mínimas onde inclui serviços clínicos de enfermagem, reabilitação, são proporcionados serviços sociais e recreativos para aumentar a Qvd do idoso onde desenvolvem diversas atividades como: jogo de cartas, uril, dominó, festas e atividades religiosas, bem como atividades familiares, filmes, arte, artesanato e entre outras.

Na perspectiva de Townsend (2011), algumas instituições oferecem aconselhamento profissional e ocupacional. Estas instituições procuram oferecer oportunidades para melhorar a Qdv e procuram torna-se lugares para viver em vez de lugares para morrer.

Segundo Stanhope e Lancaster (2011), a instituição representa uma filosofia do cuidar e apoio a vida para que seja vivida em pleno até que a morte ocorra. A equipa da instituição encoraja o idoso e a família a tomarem decisões para dar respostas as necessidades físicas, emocionais espirituais e de conforto.

1.2.1 - Fatores de risco para a institucionalização das pessoas idosas

Existem diversos fatores de risco para a institucionalização dos idosos uma vez que constituem um grupo bastante vulnerável. Sendo assim Townsend (2011, p, 742) refere que os fatores de risco são tidos em consideração para predizer a necessidade potencial aos serviços para estimar os custos futuros e nestes incluem:

Idade: uma vez que as pessoas envelhecem de formas diferentes e a variação das diferenças tornam-se maiores com o tempo, a idade esta a tornar-se numa característica menos relevante do que era historicamente. No entanto, devido a elevada permanência de perturbações crónicas da saúde e incapacidades, assim como, uma maior hipótese de diminuição dos apoios sociais associados aos avanços da idade, a população com 65 anos ou mais é geralmente vista como um grupo alvo importante no cuidado a longo prazo.

Saúde: o nível de funcionamento, conforme determinado pela capacidade para realizar vários comportamentos ou atividades como banho, alimentação, mobilidade preparação das refeições, gestão de finanças e memória é um fator de risco mensurável. A necessidade de ajuda contínua de outra pessoa é fundamental na determinação da necessidade de cuidado a longo prazo.

Estado de saúde mental: Os problemas de saúde mental são fatores de risco na apreciação da necessidade do cuidado a longo prazo. Muitos dos sistemas associados a certas perturbações mentais especialmente demência, com perda de memória, o comprometimento do intelecto e de desorientação, tornaria a pessoa incapaz de satisfazer as necessidades da vida diária independente.

Fatores sócias e demográficos: o rendimento baixo esta geralmente associada a maiores problemas de saúde física e mental entre os idosos. Uma vez que muitos têm recursos limitados, são menos capaz de adquirir, os recursos de cuidados disponíveis fora das instituições. As mulheres estão em maior riscos de serem institucionalizadas do que os homens, não porque são menos saudáveis, mas porque tendem a viver mais tempo, e assim atingem a idade na qual ocorrem mais comprometimentos funcionais e cognitivos. Os brancos têm uma taxa maior de institucionalização do que os não brancos, isto pode estar relacionado com influências culturais e financeiras.

Estado civil, organização da vida e rede de apoio informal: as pessoas que são casadas e vivem com o cônjuge são as que tem menos probabilidades, entre todas as pessoas com incapacidades, de serem institucionalizados. Aquelas que vivem sozinhas, sem recursos para o cuidado domiciliar, ou com pouco ou nenhum parente perto para proporcionar um cuidado informal, estão em maior risco de institucionalização.

1.2.2 - A importância de atividade de lazer nos idosos

É importante desenvolver atividades de lazer nas instituições da terceira idade, pois trazem satisfação e bem-estar para os idosos, na medida em que proporciona um estilo de vida mais saudável e aumenta a Qdv, nessa ótica surge a necessidade de reforçar esta ideia na instituição pelo que a segregação e monotonia nem sempre deixam essas atividades realizarem.

As atividades de lazer nesta fase da vida tem como objetivo motivar as capacidades dos idosos para aspetos construtivos e sociais, despertando a sua socialização, a aprender coisas diferentes e novas, permitindo uma vida ativa e sem obrigações, com mais satisfação e Qdv.

Muitas são as vantagens para as atividades de lazer na instituição nas quais se inclui: integração social, participação, aumento das capacidades físicas, preenchimento dos tempos livres, à proximidade e convivência.

Mas o crescimento da população idosa, bem como a disponibilidade de tempo livre de que goza este grupo etário fez aumentar o número de investigações nestas áreas a partir de diferentes pontos de vista (Osório e Pinto 2007).

Sendo assim Osório e Pinto (2007), sustentem que com o fim da vida profissional, a ausência da família, inclusive o próprio cônjuge, a perda do contato social, conduzem os idosos ao isolamento induzidos por (não fazer nada) por (sentirem-se inúteis), e só a participação em atividades de lazer fazem abrir para a esfera social e permite-lhes manter contato com a realidade.

Ainda Rodrigues (2011), refere que os idosos institucionalizados necessitam de estar preenchidos, pois já gozam de bastante tempo sem fazerem nada e isso poderá provocar-lhes sentimentos de inutilidade e de *stress*, que se traduz negativamente sobre a sua saúde e bem-estar.

Logo Rodrigues (2011), acrescenta ainda que o facto dos idosos institucionalizados não preencherem o seu tempo poderá levar a estados depressivos, conduzindo à inatividade e ao aborrecimento, habitando-o muitas vezes com pensamentos passados e com a espera pela morte.

1.3 - Cuidados de Enfermagem

A enfermagem tem por objetivo manter e restituir a independência da pessoa para que possa satisfazer, por si só, as suas necessidades fundamentais, comuns a qualquer ser humano doente ou saudável.

Busca-se com o cuidado não somente o controle da doença, mas principalmente, o bem-estar físico, psíquico, social e em última análise a melhoria da Qdv.

De acordo com Collière (1999), os cuidados são a garantia direta da continuidade da vida do grupo, da espécie homo. Como os animais a prática de cuidados corresponde ao reconhecimento e ao prolongamento de uma função social. Os cuidados de enfermagem representam uma ramificação muito recente de toda esta evolução, muitas vezes milenária.

Ainda no dizer de Collière (1999), desde que surge a vida que existe o cuidado, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer. Os homens como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem e antes de tudo, como fim, permitir a vida continuar, desenvolver-se e assim lutar contra a morte.

Sendo assim Collière (1999), afirma que durante milhares de anos os cuidados não pertenciam a um ofício, menos ainda uma profissão. Diziam respeito a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida em relação com a vida em grupo.

Colaborando ainda, Caldas (2003), suscita que, são as mulheres que assumem o cuidado e esse papel é visto como natural, pois esta inscrito socialmente no papel de mãe. Cuidar dos familiares idosos, portanto, é mais um dos papéis que a mulher assume na esfera doméstica.

O objeto da enfermagem e da intervenção do enfermeiro é assistir a pessoa (indivíduo, família e comunidade) no atendimento das suas atividades básicas. Isto é, a prática de enfermagem traduz-se no fundamental no que Vanda Horta citada por Silva (2006), denominou de enfermeiro, “gente que cuida de gente” numa intervenção interpessoal, que respeita e promove a essência de cada pessoa enquanto pessoa, do nascimento até o final da vida.

Assim Hesbeen (2001), suscita que o cuidar envolve todos os profissionais de saúde uma vez que cuidar é uma interação que os move. Os que cuidam fazem parte do universo da saúde - aquele onde podem ajudar a promover a saúde da população. E ainda afirma que cuidar é um laço fundamental, que permite agrupar todos os elementos da equipe multidisciplinar numa mesma perspetiva.

Logo a função daquele que cuida não é apenas reservada aos profissionais de cuidados de enfermagem, mas diz respeito sem exceção alguma, a todos os profissionais de saúde cuja diferença não se reside na finalidade pretendida, mas sim na natureza dos meios utilizados (Hesbeen, 2004).

Portanto Silva (2006), refere que prestar cuidados a nível profissional é exercer um poder que de fato, não é delegado pelos utilizadores dos cuidados no sentido em que recorrem a pessoas suscetíveis de lhes oferecer um serviço que possa completar ou suplementar a sua própria ação.

Seguindo essa linha de pensamento, os profissionais de saúde devem realizar os seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e princípios da ética/bioética, tendo em conta a responsabilidade da atenção a saúde não se encerna como o ato técnico, mas sim, com a resolução de problemas de saúde (Peres e Ciampone, 2006).

Com as mudanças que acompanham a velhice a comunicação com os idosos é um fator que requer especial atenção por parte do enfermeiro. Segundo Potter e Perry (2003), o enfermeiro deve estar ciente das alterações físicas, psicológicas e sociais que sucedem com a idade. O enfermeiro pode apelar a intervenções que ajudem na comunicação com o idoso:

- ✓ No decurso do diálogo, manter o ambiente calmo, sem ruído de fundo;
- ✓ Evitar saltar de assunto para assunto; deixar que a conversação flua;
- ✓ Ser um ouvinte atento. Fazer perguntas indagativas que simplifiquem o diálogo;
- ✓ Evitar frases longas para esclarecer uma questão. Tentar ser simples, exato e decisivo;
- ✓ Dar ao idoso a possibilidade de lembrar o passado. As memórias têm propriedades terapêuticas, contribuindo para um maior sentimento de bem-estar;

- ✓ Se o enfermeiro tiver dificuldade em perceber o utente, deve comunicá-lo disso mesmo e deve dispor métodos que auxiliem o utente a falar de forma mais compreensível;
- ✓ Deixar que a família e os amigos do utente participem nas conversas, especialmente em assuntos que lhe sejam familiares;
- ✓ Estar consciente das diferenças culturais entre os idosos.

1.3.1 - O Cuidado enfermeiro/familiar

Alguns idosos, com a idade sentem dificuldades em estabelecer prioridades e muitas vezes carências de ajuda para fazê-los, mesmo quando durante a sua longa vida conseguiram ultrapassar as crises.

De acordo com Silva (2006), a família é considerada a primeira unidade social onde o indivíduo insere, e a primeira instituição que contribui para o desenvolvimento e a socialização bem como para a formação da sua personalidade, é através da família que cada geração assume graus diversos mas sempre importantes a sua responsabilidade com os seus meios.

Já no dizer de Hanson (2005), a família é onde os membros aprendem sobre a saúde, a doença e também a maior parte dos cuidados que são dados e recebidos ao longo da vida. Consequentemente a família tem um grande potencial como aliado para manter e recuperar a saúde dos seus membros.

Ainda Hanson (2005), acrescenta que, quase todas as famílias se preocupam com o bem-estar de pelo menos um membro idoso. Pelo fato do atual sistema de prestação de cuidados estar orientado principalmente para satisfazer as necessidades do indivíduo e não da unidade familiar, muitas famílias que estão sozinhas só procuram os profissionais em casos de emergências ou doenças agudas.

Mazza e Lefevre (2005), continuam o raciocínio dizendo que é na família que o idoso tem o seu mais efetivo meio de sustentação e pertencimento, em que o apoio efetivo de saúde se faz necessário e pertinente. Quando a família está impossibilitada de prestar assistência, o idoso fica exposto a situações de morbilidade significativa sob vários aspetos, tanto físicos como psíquicos ou sócias.

Para Caldas (2003), seria fundamental que os profissionais de saúde treinassem o cuidador e supervisionassem a execução das atividades assistenciais necessárias no dia-a-dia do idoso até que a família sentisse segura para assumi-la. A família também deve ser preparada para lidar com sentimentos de culpa, frustração, raiva, depressão e outros sentimentos que acompanham essa realidade.

De acordo com Hanson (2005), a família é o único recurso mais importante para os idosos, mas o peso da responsabilidade de tratar deles é composto por crescentes exigências do emprego e de casa. Os membros da família apesar da correria do dia-a-dia estão preocupados e envolvidos nos cuidados dos idosos.

Ainda Caldas (2003), aponta que é preciso destacar que embora o cuidado familiar seja aspecto importante, ele não se aplica a todos os idosos. Existem idosos que não tem família, há outros cujas famílias são muito pobres ou seus familiares necessitam trabalhar e não podem deixar o mercado de trabalho por causa deles.

Neste sentido Hanson (2005), menciona que para restaurar a saúde e reduzir os efeitos da doença nos idosos o enfermeiro tem de ajudar as famílias a proporcionarem cuidados aos seus entes queridos. Ainda o enfermeiro deve ser capaz de comunicar e estar atento para ajudar as famílias a esclarecerem e solucionarem problemas, estabelecerem limites e papéis da família.

1.3.2 - Promoção da saúde á pessoa idosa

A promoção da saúde é vista como um processo de capacitação da comunidade, visando à melhoria de suas condições de vida e visa garantir que as pessoas gozem de uma saúde melhor (Mazza e Lefèvre, 2005).

Neste sentido Laverak (2004), refere que a promoção da saúde não é uma ideia nova, quando encarrada com qualquer ou toda a atividades que melhora a qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade.

Sendo assim, a promoção na velhice engloba programas com enfoques multifacetados em que o autocuidado, a integração social a atividade física, o controle de hábitos nocivos, a saúde, a utilização do tempo livre e prevenção de incapacidades (Mazza e Lefèvre, 2005).

Para Mazza e Lefèvre (2005), as ações de promoção resultam da combinação de ações do Estado nas respetivas políticas públicas de saúde das ações comunitárias, de ações dos próprios indivíduos, para o desenvolvimento das suas habilidades e de intervenções para as ações conjuntas intersectoriais.

Dentre os elementos verificáveis que dizem respeito à pessoa idosa, destacam-se:

- ✓ Educação sobre os principais problemas de saúde e sobre métodos de prevenção;
- ✓ Promoção do suprimento de alimentos e uma nutrição adequada;
- ✓ Abastecimento de água potável e saneamento básico apropriados;
- ✓ Imunização contra as principais doenças infecciosas;
- ✓ Prevenção e controle de doenças endêmicas;
- ✓ Tratamento apropriado das doenças comuns e das consequências de acidentes;
- ✓ Disponibilidade de medicamentos essenciais;
- ✓ Além de recursos sociais como grupos de convivência, à terceira idade e o despertar para a atenção às capacidades físicas das pessoas idosas saudáveis ou fragilizada (Mazza e Levefre, 2005).

De acordo como o PNDS (2012), as demandas específicas dos idosos em matéria de saúde têm a ver com a prevenção ou a redução dos efeitos de doenças crónicas e degenerativas próprias da longevidade, assim como garantir, o máximo bem-estar possível à medida que a idade avança.

Ainda o PNDS (2012), afirma que é essencial informar e convencer os indivíduos e respetivas famílias que as medidas de promoção da saúde e de prevenção da doença devem ser integradas ao longo dos ciclos de vida do indivíduo, num “processo destinado a otimizar oportunidades para a saúde, a participação e a segurança de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que se envelhece.

Podemos ver ainda segundo o PNDS (2012), que as doenças da velhice podem conduzir à invalidez que, além do desconforto para os pacientes, torna-se numerosa, difícil de gerir para a família e a sociedade. Não esquecer que o risco de ter uma doença crónica aumenta com a idade.

Nesta ótica, os profissionais de saúde dentro do seu âmbito, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção e promoção de reabilitação da saúde tanto a nível individual como a nível coletivo (Peres e Ciampone, 2006).

Para Squire (2005), a promoção da saúde esta longe de ser uma forma inadequada de cuidados de saúde, tem muito a oferecer aos idosos, já que adota uma abordagem mais positiva face a saúde podendo ajudar a atrasar o desencadear de doenças e da incapacidade e melhorar Qdv.

Ainda Squire (2005), acrescenta que, já que o envelhecimento biológico é inevitável, o promotor de saúde pode procurar minimizar o efeito do processo, prevenindo as doenças e a perda da independência.

Portanto Laverak (2004) afirma que, seguindo a tradição de outras medidas de saúde pública de controlar a propagação de doenças infecciosas, a promoção da saúde sublinhou a importância de intervenções para prevenir a doença e promover o bem-estar, em vez, de confiar nos efeitos terapêuticos para o tratamento dos seus efeitos nefastos.

Sendo assim Potter e Perry (2006), acrescentam que a avaliação a tolerância ao exercício físico permite o enfermeiro e ao idoso estabelecer um programa que corresponda as necessidades físicas tendo em conta as alterações nas quais indica:

- ✓ Informar o idoso sobre planos de pré-reforma, para facilitar a transição da vida ativa;
- ✓ Debater as alternativas de alojamento, com vista a ajuda-lo a tomar decisões quanto a venda da casa ou mudar-se para uma outra zona do país ou mesmo para um lar;
- ✓ Informar ao idoso sobre programas de manutenção da saúde como atividades físicas concebidas para aumentar a tolerância ao exercício físico, flexibilidade e socialização;
- ✓ Averiguar alterações no padrão do sono com a idade e debater métodos para promover repouso e energia adequada;
- ✓ Informar ao idosos sobre questões do ambiente seguro;
- ✓ Ensinar o idoso sobre administração de fármacos prescritos: indicação terapêutica, efeitos, possíveis interações medicamentosas com os

farmacos prescritos, da venda livre ou alimentares e efeitos secundarios conhecidos;

- ✓ Realizar educação para a saúde sobre a dieta (por ex: dieta pobre em gordura, prevenindo e controlando a hipertensão, necessidade de uma dieta equilibrada, com teor calórico total reduzido, devido as alterações do envelhecimento;
- ✓ estabelecer programa personalizado de exercício físico com base na avaliação do estado geral de saúde do idoso.

1.3.3 - Diagnósticos de enfermagem e intervenções

Depois da demonstração dos principais conceitos e teorias relacionados a terceira idade, nesta fase surge a necessidade de demonstrar alguns diagnósticos de enfermagem que foram constatados nos idosos institucionalizados, durante a realização do estudo, onde foi utilizado o *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), e as respectivas intervenções de enfermagem NIC.

E é nesta lógica que McCloskey e Bulechek, (2004, p,878), realçam que “as ligações dos diagnósticos de NANDA e as intervenções de enfermagem facilitam a fundamentação diagnóstica, e a tomada de decisão clínica pelo enfermeiro, por meio da identificação das intervenções de enfermagem que constituem opções de tratamento para a proposição de um diagnóstico de enfermagem”.

Assim sendo depois dessas reflexões, achou-se importante apresentar os principais diagnósticos de NANDA e suas respectivas intervenções de enfermagem NIC:

Diagnóstico de enfermagem NANDA	Intervenções de enfermagem NIC
Nutrição alterada: ingestão menor que as necessidades corporais , relacionada com, inabilidade para ingerir ou digerir alimentos ou dissolver nutrientes devido a fatores biológicos ou psicológicos.	Controlo dos distúrbios alimentares; Controlo da nutrição.
Integridade da pele prejudicada , relacionada de factores externos: imobilidade física, factores internos	Alteração no turgor e elasticidade da pele; Supervisão da pele; Prevenção de úlcera, cuidados com lesões.

(alteração circulatória, sensibilidade alterada).	
Interacção social prejudicada , relacionada com barreiras de comunicação.	Aumento da socialização; Grupo de apoio; Aumento do sistema de apoio.
Isolamento social , relacionada com inabilidade para engajar-se em relacionamento pessoal satisfatório.	Suporte emocional; Promoção da normalidade; Aconselhamento; Presença.
Processo familiar alterado , relacionado com processo de transição ou crise.	Promoção do vínculo; Facilitação de visitas; Promoção do envolvimento familiar.
Adaptação prejudicada , relacionada com conflito não resolvido.	Melhoria do enfrentamento; Intervenção em crise; Aconselhamento.
Mobilidade física prejudicada , relacionada com forças e resistências não diminuídas.	Terapia de exercícios deambulação; Controlo da dor; Controlo do ambiente.
Senso-percepção alterada (visual auditiva, tátil olfática) , relacionada com receção transmissão ou integração sensorial alterada.	Terapia ocupacional; Controlo de quedas; Controlo do ambiente; Orientação para a realidade.
Distúrbio no padrão do sono , relacionada com alterações sensoriais (doenças estresse psicológico, mudanças ambientais, situações sociais).	Incremento do sono; Redução da ansiedade; Supervisão: segurança.
Déficit de lazer , relacionado com falta de atividade durante hospitalização prolongada.	Aconselhamento; Promoção de exercício; Controlo de energia.
Manutenção da saúde alterada , relacionada com estratégias ineficazes de resolução individual.	Melhoria do enfrentamento; Promoção do exercício; Educação para saúde.
Déficit de autocuidado: higiene	Assistência no autocuidado.

corporal , relacionada com força e resistência diminuída	
Déficit no autocuidado vestir-se/arrumar-se , relacionada com força resistência diminuída.	Cuidados com os cabelos; Assistência no autocuidado; Cuidados com as unhas; Promoção do exercício.
Dor Crônica , relacionada com incapacidades físicas.	Redução da ansiedade; Controlo da dor; Administração de medicamentos; Estimulação cutânea.
Ansiedade , relacionada com ameaça ou mudança no ambiente.	Redução da ansiedade; Melhoria do enfrentamento; Presença.
Comunicação verbal prejudicada , relacionado com ausência de pessoas significativa.	Ouvir ativamente; Presença; Redução da ansiedade. Aumento do sistema de apoio.
Eliminação urinária alterada , relacionada com causas múltiplas.	Sensibilidade motora prejudicada; Controlo do ambiente; Controlo da eliminação urinaria, Assistência ao autocuidado: higiene íntima.

Fonte: Elaboração própria

CAPITULO II - FASE METODOLÓGICA

2 - FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

Para este capítulo objetiva-se apresentar a metodologia da investigação em estudo, as questões metodológicas, fazer a descrição do processo metodológico que é utilizado no decorrer do trabalho e uma análise dos resultados obtidos através dos instrumentos de recolha de dados.

A elaboração deste trabalho divide-se em dois momentos importantes, a elaboração do Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que iniciou-se no mês de Novembro de 2015 e a realização do TCC que se iniciou no mês de Março.

A elaboração do projeto do TCC decorreu no mês de Novembro onde foi escolhido e elaborado o tema, enquadrando assim a fase conceptual. Logo nesta período foi escolhido o orientador do trabalho, e iniciaram-se as primeiras pesquisas relativamente ao tema escolhido, podendo então formular a pergunta de partida e delineados os objetivos do TCC.

Na segunda fase do projeto nomeadamente a fase metodológica que segundo Fortin (1999), é nesta fase o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. O investigador define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita dos dados. Esta fase iniciou-se no mês de Fevereiro de 2016, sendo formulado o desenho da investigação, definindo a população alvo e a amostra. Ainda nesse mesmo mês foi escolhido o método de recolha de dados.

Terminada a fase metodológica, foi elaborado um cronograma do trabalho que foi anexada no projeto do TCC e entregue aos respectivos docente da coordenação curso do enfermagem da universidade do Mindelo para correção na medida em que o Docente de Metodologia e Investigação Científica encontrava-se indisponível para possíveis correções. Após a entrega e correção do mesmo, iniciou-se a elaboração do TCC, que primeiramente constitui-se na formulação da estrutura do trabalho e posteriormente na formulação teórica iniciada no projeto do trabalho.

A fundamentação teórica foi muito importante na elaboração do TCC, uma vez que através de pesquisas documentais feitas nas bibliotecas de São Vicente nomeadamente á da Universidade do Mindelo e de artigos na internet pesquisados em base de dados como SciELO (Scientific Electronic Library Online), e Google

académico, deram destaque a investigação e possibilitaram elucidar conceitos considerados importantes, na perspetiva de vários autores.

2.1 - Tipo de estudo

Tendo em conta os aspetos já mencionados, considerou-se pertinente traçar um estudo descritivo, qualitativo, exploratório, de abordagem fenomenológica. Entendeu-se que o estudo qualitativo é o estudo que mais se adapta ao presente trabalho, visto que o objetivo do mesmo é mostrar a importância do enfermeiro numa instituição de terceira idade.

Acredita-se que se trata do mais adequado a essa investigação, com o intuito de que o objetivo do presente não é quantificar mas sim analisar perceções dos participantes sobre o fenómeno em estudo. É um estudo descritivo, com vista a uma melhor identificação com o tema em estudo. De acordo com Gil (2008), as pesquisas descritivas têm como principal objetivo descrever as características de uma determinada população ou fenómeno ou a determinação de relações entre variáveis.

Para Fortin (2009, p, 35) a fenomenologia, a etnologia, a teoria fundamentada, a investigação histórica, o interacionismo simbólico e construtivismo constituem os principais tipos de investigação qualitativa.

Nesta ótica Fortin (2009), acrescenta que, este tipo de estudo é utilizado quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre um determinado assunto.

2.2 - População alvo e amostra

A população alvo são os enfermeiros do Centro de Saúde da Ribeirinha (CSR) e idosos do lar da terceira idade da CVL.

Para Fortin (2009), a população consiste num conjunto de indivíduos ou objetos que possuem particularidades semelhantes, as quais foram definidas por normas.

E neste sentido os enfermeiros a participar no estudo foram selecionados tendo em consideração apenas os critérios de inclusão:

- ✓ Enfermeiros do CSR;
- ✓ Enfermeiros que trabalham no centro a mais de 2 anos
- ✓ E desejo de participar.

Em relação aos idosos para participarem do estudo foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Idosos do lar da 3ª idade da CVL;
- ✓ Idosos que estejam capacitados para concederem o seu testemunho;
- ✓ Idosos que aceitaram participar do estudo de livre e espontânea vontade, apesar de serem analfabetos;

Em relação aos critérios de exclusão:

- ✓ Casos de surdez e acamados;
- ✓ Dificuldade em articular de forma correta as palavras;
- ✓ Distúrbio mental na fase ativa.

Após ser aplicado os critérios de inclusão e exclusão foram escolhidos para o estudo oito (8) idosos do lar da CVL e quatro (4) enfermeiros do CSR constituindo assim a nossa amostra qualitativa. E nessa lógica Lakatos e Marconi (2003), apontam que a amostra é uma porção convenientemente selecionada do universo (população) é um subconjunto do mesmo.

2.3 - Instrumento de recolha

Os dados deste estudo foram obtidos através de entrevistas com perguntas semiestruturada realizada aos enfermeiros (Apêndice V) e aos idosos do lar de CVCV em SV (Apêndice VI), que constitui uma técnica de investigação composta por um nº de questões apresentadas por escrito aos entrevistados.

A recolha dos dados foi realizada no decorrer do estágio profissional e a técnica utilizada para colheita de dados foi a entrevista semiestruturada pois, crê-se ser o mais pertinente para atingir os objetivos delineados, possibilitando desta feita a identificação e análise das percepções dos entrevistados sobre o tema em estudo.

A entrevista sendo um instrumento de recolha de dados, constitui uma ferramenta essencial ao processo de investigação, e na perspectiva de Fortin (1999, p, 236), “a entrevista é um método de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”.

Assim, Quivy e Campenhoudt (2005), afirmam que, esta fase consiste na construção do instrumento capaz de recolher ou de produzir a informação prescrita pelos indicadores apresentando-se tanto de forma direta como indireta.

Ainda Lakatos e Marconi (2003), salientam que esta técnica tem como principal objetivo a obtenção de informações do entrevistado, sobre certo assunto ou problema.

Antes da realização da entrevista com os enfermeiros do CSR optou-se por fazer uma demonstração do guião, a outros profissionais da saúde bem como a coordenação do curso de enfermagem dando validação e afirmando que este continha os parâmetros ideais para ser aplicado. A recolha de informações teve início em meados de mês Maio até meados de Junho de 2016, tendo sido entrevistados 4 enfermeiros e 8 idosos. As perguntas aplicadas aos idosos é de extrema importância, na medida em que possibilita-nos, conhecermos os parâmetros da pessoa idosa institucionalizada.

No dizer de Quivy e Campenhoudt (2005) as entrevistas tem como função principal revelar determinados aspetos do fenómeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo e, assim completar as pistas de trabalho sugeridas pelas suas leituras.

Ainda o mesmo acrescenta que é essencial que a entrevista decorra de uma forma muito aberta e muito flexível e que o investigador evite fazer demasiadas perguntas.

Cada entrevista foi realizada individualmente, teve a duração necessária para que cada enfermeiro pudesse responder com a máxima clareza e conforme vontade própria, o mesmo para os idosos. Sendo que elas foram gravadas em áudio. O objetivo maior para aplicar a entrevista aos enfermeiros, foi para entender a perceção dos enfermeiros sobre a importância dos mesmos na promoção da Qdv dos idosos, e as opiniões dos idosos sobre sua Qdv na instituição.

2.4 - Descrição do campo empírico

Descrição do centro de saúde de ribeirinha

Situação geográfica

O CSR situa-se em São Vicente, cidade do Mindelo, ladeado por uma pequena praça logo a seguir do lar de idosos da Cruz Vermelha à direita, atrás contem um pavilhão desportivo onde os jovens dessa localidade fazem algumas atividades recreativas para ocupação dos tempos livres. Do lado esquerdo existem apenas moradias. O atendimento realizado neste serviço ocorre de segunda-feira a sexta-feira, no horário das oito às dezoito horas e no fim-de-semana das nove às onze horas (sábados e domingos).

Estrutura física

O centro foi inaugurado em 10 de Julho de 2007 e reinaugurado novamente 28 de Julho de 2008 a quando da sua abertura. O edifício tem duas entradas, uma com três degraus de escada, uma rampa de acesso para facilitar a circulação das pessoas com dificuldade na mobilização. A estrutura é composta por dois pisos com janelas, no interior do primeiro piso há uma farmácia, dois consultórios médicos, uma sala de vestiário, quatro casas de banho, incluindo um para os utentes, uma receção, uma sala de enfermagem, para tratamentos e uma sala de espera para utentes. Tem também uma rampa que de acesso ao segundo piso, que é composto por um consultório médico, uma sala de esterilização, uma sala de atendimento infantil, uma de atendimento de planeamento familiar e pré-natal, uma sala ginecológica, um refeitório, uma sala de reuniões, duas casas de banho, uma arrecadação e a sala de espera para utentes.

Equipas de serviço

A equipa médica é constituída por dois médicos, um que trabalha das 8h as 15h e outro das 13h as 18h, com rotatividade semanal. A equipa de enfermagem é composta por quatro enfermeiros, dos quais todos são nomeados pelo ministério de saúde. O enfermeiro chefe tem um horário das 8h as 15h, os restantes, tem uma com rotatividade também semanal como os médicos. Tem duas rececionistas, uma com horário das 8h as 15h e, outra com horário das 8h as 12 e das 15h as 18h. Tem ainda uma técnica de farmácia que trabalha das 8h as 14h e das 16 às 18h e dois ajudantes de serviços gerais com rotatividade nos turnos.

Descrição do lar de terceira idade da Cruz Vermelha

Situação geográfica

O lar da terceira idade situa-se em SV, Cidade do Mindelo, na zona de Ribeirinha atrás da Cadeia Civil, rodeado pelo CSR e o Polivalente Desportivo e ambos ficam do lado esquerdo do referido lar.

Estrutura física

O lar da terceira idade teve sua origem em 1997 no espaço Social Amarante na cidade do Mindelo. A partir do ano 2000 mais concretamente em Junho, o apoio social aos idosos da ilha de São Vicente foi transferido para o centro de idosos em Ribeirinha, um espaço construído pela Câmara Municipal de SV e que é gerida e utilizada sob a tutela da CVCV. A estrutura do lar é bem complexa, com acesso fácil quando se refere a mobilidade dos residentes, as condições higiénicas são boas. A residência encontra-se dividida num dormitório para senhores e um para senhoras e dentro deste inclui um banheiro completo. O banheiro dos homens fica do lado de fora do dormitório. Existe um corredor com cadeiras e sofás para os residentes, um quintal para momentos de lazer como jogo de uril, cartas e dominó. O lar ainda possui cozinha, um pequeno quintal, uma arrecadação, uma casa de banho para os funcionários e um escritório para a assistente social que é a responsável do lar, alguns corredores e uma sala para atendimento médico e de enfermagem. Fora do lar existe uma praça que faz parte do mesmo com uma rampa para facilitar o acesso aos cadeirantes onde os residentes tomam sol e passeiam um pouco.

Estrutura física

Há dois médicos que assistem os residentes uma vez por mês, uma enfermeira, uma psicóloga que acompanha os residentes duas vezes por semana, 5 agentes de serviços gerais e variam de turno, uma pessoa que faz prestação de serviço e uma cozinheira

2.5 - Procedimentos éticos

O desenvolvimento de pesquisas em qualquer área do saber determina aos pesquisadores uma atitude ética.

Lopes (2002), afirma que a Enfermagem, como uma profissão cuja natureza do trabalho agrupa atividades que são diretamente realizadas com as pessoas no processo saúde/doença, precisa estar atenta para observar os princípios da ética ao desenvolverem suas práticas e suas investigações científicas.

Segundo Potter e Perry (2006), os prestadores de cuidados concordam em fixar princípios da ética, que regulamentam a práticas de profissional e a tomada de decisões. Esses princípios são comuns a todas as profissões de saúde.

Assim para a realização de estudo foi efetuado o pedido por escrito a Delegacia de Saúde de SV (apêndice II) responsável pelo CSR e a Instituição da CVL (apêndice III), com vista a pedir autorização para a concretização do estudo informando acerca dos objetivos do mesmo, assim como da garantia do anonimato dos participantes aquando da exposição e discussão dos resultados onde foi apresentado e assinado por estes o consentimento livre e informado (apêndice IV). Aos idosos foi-lhes também explicado que a sua participação neste estudo seria de carácter voluntário e foi-nos facultado um documento escrito e assinado pela responsável do lar (anexo I) dando autorização para a participação dos idosos no estudo.

As entrevistas foram efetuadas individualmente, num escritório disponibilizado para o efeito e respeitaram seus padrões de anonimato, onde os entrevistados receberam nomes fictícios.

De acordo com Fortin (1999), o consentimento é livre se é dado sem que nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja executada sobre a pessoa e quando esta esteja consciente do ato.

CAPITULO III - FASE EMPÍRICA

3 - APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Nesta etapa foi feita a apresentação das informações colhidas ao longo da investigação e seguidamente foram analisados e discutidos. Em suma, o plano de investigação precedente foi posto em execução.

A análise de conteúdo compreende as atividades de explicitação, ordenação e manifestação do conteúdo das mensagens, com o objetivo de se efetuarem deduções lógicas e justificadas a respeito das suas origem (Vilelas, 2009).

Sendo assim, neste capítulo depara-se com uma alusiva caracterização dos selecionados, através dos resultados obtidos das entrevistas, e a apresentação das respostas obtidas, tendo em conta a fundamentação do marco teórico referido anteriormente.

Logo, nessa fase de investigação é importante certificar-se de que os objetivos traçados foram cumpridos, verificando se as informações recolhidas correspondem, aos objetivos do estudo.

A análise das informações decorreu após, estas terem sido gravadas em áudio e transcritas de forma mais fiel possível, tendo em conta a fala dos participantes e de modo a facilitar a compreensão das informações colhidas, mas é de salientar que estas serão analisadas em dois momentos. Nesta lógica, ainda podemos referir que para preservar a identidade dos entrevistados foi-lhes concedido nomes fictícios. Para os enfermeiros foi-lhes atribuído os seguintes nomes: cravo, girassol, tulipa e rosa, e para os idosos: Leão, Carneiro, Aquário, Peixe, Gémeos, Virgem, Touro e Sagitário.

3.1 - Apresentação dos dados dos enfermeiros

Quadro 1: Características dos enfermeiros entrevistados

Enfº	Idade	Género	Estado civil	Grau académico	Anos de serviço	Serviço
Cravo	42	Feminino	Casada	Licenciatura	12	CSR
Girassol	38	Feminino	Casada	Bacharel	5	CSR
Rosa	32	Feminino	Casada	Bacharel	5	CSR
Tulipa	31	Feminino	Solteira	Bacharel	6	CSR

Fonte: Elaboração própria

O quadro (1) nos mostra que todos os entrevistados são do sexo feminino, com a faixa etária compreendida entre os seguintes intervalos: trinta e um (31) a quarenta e dois (42) anos. Relativamente às habilitações literárias, (cravo) é licenciada e neste momento esta fazendo mestrado em enfermagem comunitária e as restantes (girassol, tulipa e rosa) são bacharéis que no momento estão a participar do curso de conclusão de licenciatura em enfermagem lecionada na Universidade do Mindelo. No que se refere a anos de profissão, esta varia de cinco (5) a doze (12) anos de trabalho. Em relação ao tempo de serviço no CSR, este varia de dois (2) a oito (8) anos.

Com a recolha das informações segue-se a apresentação e análise dos resultados obtidos, sendo que, as entrevistas foram gravadas em áudio logo, é necessário o tratamento das mesmas e de acordo com a metodologia utilizada achou-se pertinente agrupar-las em 4 categorias, cuja exibição de cada uma será demonstrada por um pequeno texto narrativo e fragmentos das entrevista cujo objetivo é validar a interpretação dos dados.

1ª Categoria- Conceito de Qdv;

2ª Categoria - Qdv dos idosos institucionalizados;

3ª Categoria-- Importância do enfermeiro na instituição e sua percepção acerca dos idosos;

4ª Categoria- -Impacto da convivência social com o aumento da Qdv.

1ª Categoria- Conceito de Qdv

Nesta categoria pretende-se analisar a percepção dos enfermeiros do CSR sobre o que é a Qdv no geral, na medida em que, esta tem múltiplas definições e abrange características específicas de cada individuo, no que toca a sua posição na vida, no contexto cultural e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expetativas, normas e inquietações.

Cravo- *“é quando o ser humano tem o nível de condições básicas e suplementos supridos”*

Girassol- *“Qdv é ter todas as necessidades resolvidas (físico, psicológico, sociais, saúde) ”.*

Tulipa- *“em primeiro lugar a pessoa tem de ter saúde, alimentação, saúde, nível de recurso aceitável e estar de bem consigo mesmo”.*

O que foi constatado nesta categoria é que todos têm uma percepção adequada em relação a este conceito e enfatizam sempre a parte de (ter saúde) como o principal elo para aumentar a Qdv.

2ª Categoria - Qdv dos idosos institucionalizados

Achamos importante elaborar esta questão para saber a opinião dos enfermeiros acerca da Qdv dos idosos institucionalizados e se tem Qdv ou não. O que constatamos é que os enfermeiros entrevistados conhecem bem os fatores que depende a Qdv dos idosos e principalmente dos que residem em instituições.

Cravo- *“a Qdv dos idosos depende do bem estar-físico e psicológico, incluindo relacionamentos familiares e sociais, saúde, educação e atividades da vida diária. Portanto acho que os idosos institucionalizados não têm Qdv ao nível desejado”.*

Girassol- *“a Qdv dos idosos depende do estilo de vida que teve até chegar a velhice, condições de saúde, financeira, e também dos laços afetivos tanto da família ou senão de um parceiro(a) e que essa relação seja boa. Assim sendo afirmo por alguns motivos, de que os idosos institucionalizados têm Qdv”.*

Tulipa- *“ a Qdv dos idosos depende do seu estado, realização das tarefas diárias, saúde e boas relações familiares ou alguém mais próximo, sendo assim no caso desses idosos, merecem atenção especial por parte dos funcionários tempo e dedicação só assim alcançaram um nível de Qdv desejado. Posto isto, afirmo que os idosos institucionalizados não têm Qdv, na medida em que existe pouco pessoal na instituição para dar respostas aos quantos idosos”.*

Ambos referem que a relação com a família, com os funcionários, a saúde e a convivência saudável dentro da própria estrutura são bases fundamentais para a Qdv dos idosos. Nesta lógica pode ver que, para dois (2) entrevistados, os idosos institucionalizados não tem Qdv ao nível aceitável, uma vez que, não têm todas as

necessidades supridas pelo que falta mais para complementar as anteriores, e os funcionários da instituição são poucos para dar respostas ao nº de idosos ali presentes. O que quer dizer que deve-se apostar no desenvolvimento de estratégias educativas para consciencializar, os funcionários sobre as necessidades fundamentais dos idosos a serem supridas sobretudo aquelas que aumentam a Qdv dos idosos.

3ª Categoria- Importância do enfermeiro na instituição e sua percepção acerca dos idosos.

Achou-se necessário a elaboração desta categoria, uma vez que, os entrevistados têm um contato permanente com a terceira idade, conhecendo bem as suas características, queixas e limitações. E daquilo que referiram podemos averiguar que, podem aumentar a Qdv do idoso tornando-o menos vulnerável as condições da vida que enfrenta nesta fase.

Cravo- *“como profissional de saúde posso dizer que para além das necessidades básicas, eles devem ser envolvidos em outras atividades para não isolarem-se e acompanhado por um profissional de saúde 24 horas, pois este, possui competência e incorpora vários papéis, sendo que o vai ser o elo para que o idoso tenha uma vida mais aprazível. Constante a isto, considero que o idoso institucionalizado é marginalizado, alguém que não tem valor para os funcionários e familiares que os exclui das suas vidas”.*

Girassol - *“acho que o primeiro passo é formar os cuidadores para melhor conhecerem a terceira idade, suas limitações e capacidades sendo assim seria fundamental o acompanhamento periódico de um profissional de saúde para cuidar do lado da saúde, do lado preventivo ou seja dar aos idosos dicas de prevenção e apoio na medicação e da promoção da saúde visto que o enfermeiro tem outra visão do que é a terceira idade. A minha percepção acerca do idoso, é que este tem condições boas na instituição na medida do possível e está sempre em contato com pessoas que promovem Qdv (estagiários de enfermagem, psicólogos assistentes sociais, médicos etc.”*

Rosa - *“penso que com a presença do enfermeiro na instituição o idoso sente-se mais confiante, aberto, a fim de expor todas as suas queixas e de estas serem satisfeitas. Também com um enfermeiro por perto este tem maior controle sobre a medicação, consultas, atuando de forma direta na prevenção, orientação e em todas as*

questões relacionadas com a saúde. Quanto a percepção dos idosos vejo-o como um indivíduo traído pela família, abandonado, mas em compensação, para aqueles que não tem família a instituição é vista como família e o próprio lar.”

Tulipa - *“o enfermeiro tem um olhar clinico consegue detetar e intervir de forma adequada além do que faz uma avaliação holística, sendo assim penso que a presença de um enfermeiro na instituição deveria ser permanente e feito uma escala igual a de um hospital ou mesmo de um centro de saúde o enfermeiro é capaz de aumentar a Qdv dos idosos, dando orientações e respostas as condições fisiológicas e psicológicas e de saúde. Para mim o idoso sempre irá querer a sua família e a sua casa, mesmo que a instituição ofereça as condições adequadas para se viver bem”.*

Todos os entrevistados concordam de que a presença de um enfermeiro é de extrema importância na instituição e seria uma mais-valia pelo que, este é qualificado e tem capacidade de prevenir, promover e intervir para a melhoria da Qdv desses idosos. Também a maioria tem a mesma percepção acerca do idoso institucionalizado (abandonado, traído, marginalizado).

4ª Categoria - Impacto da convivência social com o aumento da Qdv.

Pelo fato dos idosos residirem numa instituição achou-se pertinente a elaboração desta categoria a fim de conhecer a importância da mesma para o aumento da Qdv dos idosos, pelo que fazer parte da sociedade e não participar nela é o mesmo que ser excluído, tanto que faz-se necessária esta participação como membro integrante, tendo constantemente contato direto com outras pessoas, outros ambientes que não sejam apenas as da instituição.

Cravo- *“claro que a convivência social aumenta a Qdv dos idosos na medida em que o ser humano não pode viver sozinho.”*

Girassol- *“sim. Desde que essa convivência seja saudável com pessoas que contribuem para o seu bem – estar.”*

Tulipa- *“claro que aumenta, e de que maneira.”*

Rosa- *“sim. Aumenta e idosos sentem-se mais felizes, com ideias novas pelo contato tanto com pessoa, assim como o ambiente diferente.”*

O que constatamos é que todos os entrevistados tem a mesma ideia do quanto é importante a convivência social dos idosos e que este possibilita o aumento da Qdv dos idosos.

3.2 – Apresentação dos dados dos idosos

Após a recolha dos dados segue-se a apresentação e análise dos resultados obtidos, as entrevistas foram gravadas em áudio, e depois sucedeu-se ao tratamento dos dados de acordo com a metodologia utilizada, assim sendo, achou-se adequado agrupá-las em 4 categorias e duas subcategorias, cuja exposição de cada uma será demonstrada por um pequeno texto narrativo e porções das entrevistas.

Quadro (3) - Categorias

Categorias	Subcategorias
1 ^a - Fatores situacionais para a institucionalização;	Tempo de internamento
2 ^a - Relações dentro da instituição (residentes e funcionários)	Atividades realizadas nos tempos livres/lazer;
3 ^a - Sentimentos em relação a família/conhecidos;	
4 ^a - Importância do enfermeiro na instituição/cuidados de enfermagem.	

Fonte: elaboração própria

Quadro (2) - Características dos idosos entrevistados

Idosos	Idade	Género	Estado civil	Tempo na instituição
Leão	92	Feminino	Solteira	14 anos
Carneiro	91	Feminino	Viúva	1 ano
Aquário	87	Feminino	Viúva	4 meses
Peixe	87	Feminino	Solteira	8 anos

Gêmeos	82	Masculino	Viúvo	6 anos
Virgem	82	Feminino	Solteira	1 anos
Touro	77	Feminino	Solteira	2 anos
Sagitário	67	Masculino	Solteiro	5 anos

Fonte: Elaboração própria

Os dados relativos ao quadro dois (2), permite-nos verificar que, dos entrevistados, seis (6) são do sexo feminino, e os restantes do sexo oposto, com a faixa etária compreendida entre os seguintes intervalos, sessenta e sete (67) anos á noventa e dois (92) anos. Relativamente ao estado civil cinco (5) são solteiros e três (3) são viúvos. No que se refere a anos na instituição, esta varia de quatro (4) meses á catorze (14) anos.

1ª Categoria - fatores situacionais para a institucionalização;

Com os resultados das entrevistas que constituem esta categoria, pretende-se conhecer os motivos, a iniciativa e locais de residência preferidos, como também o tempo de internamento que surge como uma subcategoria.

Nesta categoria podemos constatar que a maioria dos idosos foram viver no lar devido a indisponibilidade dos filhos para cuidar deles, tanto pela carreira profissional bem como estratégias ineficazes dentro da família, pelo que esses idosos sentem falta da vida que levavam antes.

Considerando que a institucionalização do idoso surge para as famílias como a última alternativa, quando as outras são inviáveis e que esta, se verifica no caso dos idosos e/ou com perda de autonomia.

Leão - “...eu não tenho família e já não tinha condições de trabalhar, decidi então viver no lar, não tenho preferência de viver em mais nenhum lugar porque não tenho casa nem família, vendi a minha casa muito anos atrás e vivo aqui no lar catorze anos”.

Carneiro - “...vim de São Nicolau morar com a minha filha aqui em SV, mas para não ficar sozinha em casa o dia inteiro venho para o lar, ver e conviver com outras pessoas. A decisão de frequentar o lar como centro de dia foi da minha neta e

desde então à um ano que frequento a lar. Mas de todas as formas preferia estar na minha casa em São Nicolau”.

Aquário - “...vivia com o meu filho, mas como esta sempre fora a trabalhar, para não ficar sozinha em casa e devido a minha idade, ele decidiu colocar-me a viver no lar à quatro meses, mas preferia viver em casa com ele”.

Peixe - “...eu vivia sozinha, mas minha casa foi assaltada, então os meus filhos que vivem no estrangeiro decidiram colocar-me no lar, isto é, á oito anos atrás, mas mesmo assim eu preferia viver com a minha filha”.

Gêmeos - “...os meus filhos andavam sempre a trabalhar e não queriam que eu ficasse sozinho em casa então decidiram colocar-me no lar, já lá vão seis atrás, mas eu preferia ficar em casa do meu filho em Ribeira de Vinha, pois ele tem um espaço de agricultura e eu gostaria imenso de fazer algo neste espaço, que é algo que me faz muita falta pois cresci em Santo Antão e tenho muito gosto pela agricultura”.

Virgem- “...para não ficar sozinha em casa o meu filho decidiu colocar-me no centro, à um ano atrás, mas mesmo que frequento a centro só de dia gostaria de ficar em casa do meu filho”.

Sagitário - “...tenho muitos problemas com os meus familiares, então decidi viver no lar, isto é, já faz cinco anos e sinto que aqui é o meu lugar”.

Relativamente a, esta categoria consegue ver os motivos que levaram os idosos a viverem no lar, e que a iniciativa do internamento partiu dos familiares/filhos, e no nosso campo de pesquisa, verifica-se que esta situação acontece, sobretudo para as mulheres. No que toca ao tempo de internamento, esta varia de quatro (4) meses á catorze (14) anos.

2ª Categoria – relações dentro da instituição (residentes e funcionários).

Pretende-se com esta categoria conhecer, a perceção das relações que se desenvolvem dentro do lar, entre os residentes e funcionários, assim sendo achou-se adequado elaborar uma subcategoria, dando a conhecer as atividades de lazer desenvolvidas pelos idosos no lar.

Portanto, é preciso desenvolver relações para pertencermos a um grupo, para além do que é algo que a sociedade exige de nós, pois através dessas relações podemos transmitir valores, conhecimentos, experiências, afetividade e anseio.

Ao analisarmos esta categoria podemos ver que todos afirmam que o lar se preocupa com eles, alguns alegam isso de forma clara mas uma refere que o lar se preocupa com eles sim, mas deixa transparecer que lhe falta algo.

Em termos do relacionamento na instituição a maioria afirmam ter uma boa relação com os funcionários e considerem os restantes residentes como membros da família, mas em contrapartida alguns residentes (leão, carneiro e touro) assumem ter pequenos conflitos entre eles, sendo estes os aspetos que mais desagradam aos idosos na instituição onde se encontram.

Leão - *“... o lar se preocupa comigo, tenho tudo o que necessito (comida, banho, roupa, cama para dormir) tenho uma boa relação com os funcionários mas em questão dos residentes existe alguns que não gosto nem um pouco”*.

Carneiro - *“...preocupam-se comigo, sempre que preciso eles me atendem. Não tenho mal de falar de nenhum. A relação com os funcionários é boa e com os residentes também, exceto uma residente que sempre me incomoda”*.

Aquário - *“...tenho uma boa relação com os funcionários, e com os residentes também, pois considero-os minha família”*.

Peixe - *“...na medida do possível o lar se preocupa comigo, a relação com todos é boa”*.

Gêmeos - *“...sim porque sinto-me bem aqui, gosto de todos principalmente dos residentes, brinco com respeito, converso, e são meus companheiros, considero-os família”*.

Touro - *“...sim preocupam, mas a relação com os residentes não é muito boa principalmente dentro do quarto”*.

Relativamente a subcategoria: atividades realizadas nos tempos livres/lazer. Achou-se pertinente elabora-la com o intuito de identificar como é preenchido o tempo livre/lazer dos idosos dado que atividades de lazer aumentam a Qdv, além do que proporcionam uma relação de proximidades entre os residentes pelo que são desenvolvidas em conjunto fomentando e convívio e a amizade.

Leão - *“...gosto imenso de ver televisão, ouvir música ver os residentes a jogar (carta, uril e dominó) mas minha atividade preferida é dançar”.*

Carneiro - *“...conversar com os residentes e ouvir música não gosto de dançar mas gosto de ver os residentes a dançar”.*

Aquário - *“...gosto de conversar com os residentes e ver um pouco de televisão”.*

Peixe - *“...não gosto de fazer nada, exceto conversar com os residentes”.*

Constatou-se que as atividades que os idosos desenvolvem nos seus tempos de lazer são repetitivas (dançar, ouvir música, ver televisão e conversar com os restantes residentes) exceto (peixe) que afirma não gostar de ocupar o seu tempo livre a não ser conversar com os residentes. Nesta ótica surge a necessidade de incrementar na instituição outras atividades de lazer a fim de haver tanto a participação dos idosos em atividades novas e diferentes que tem probabilidades de aumentar a Qdv.

3ª Categoria - sentimentos em relação a família/conhecidos;

A família é a base da sociedade, é nela que construímos nossa história e perspectivas para a vida, tanto que ela se faz presente a vida inteira, na terceira idade essa supressão torna os indivíduos deprimidos, isolados, como se não tivessem ninguém. Para tal achou pertinente saber qual reação e sentimentos dos idosos institucionalizados quando um familiar ou alguém conhecido vem-lhes visitar.

Leão - *“...não tenho família mas, ao longo dos anos conheci muita gente aqui no lar e de vez em quando eles vem-me visitar, sinto uma alegria enorme, fico muito contente”.*

Carneiro - *“...como sou do centro dia ninguém vem-me visitar mas quando alguém vem visitar outro residente fico contente, pois ele chega alegre cumprimentando todos nós”.*

Gêmeos - *“...fico contente, afinal ela é minha filha e de vez em quando vem um amigo também”.*

Virgem - *“...mesmo sendo do centro dia, o meu filho as vezes vem-me ver e eu fico muito feliz”.*

Sagitário - “...ninguém vem-me visitar, eu fico muito triste”.

Falamos anteriormente na carreira profissional dos filhos e nas estratégias ineficazes dentro da família que levam com que os filhos não têm disponibilidade para os pais na terceira idade. Nesta categoria podemos constatar que os idosos suscitam alguns sentimentos que refletem de forma positiva quando são visitados, onde podemos verificar que a presença de um familiar, alguém conhecido ou amigo, que uma hora ou outra vão visitar os idosos é importante e o sentimento relatado pela maioria destes é de alegria, de satisfação e sentem felizes ao ver alguém conhecido, ou amigos. E sentimentos negativos como a tristeza, onde Sagitário relata que devido aos problemas familiares ninguém vai-lhe visitar sentindo-se triste com isso.

4ª Categoria- importância do enfermeiro na instituição/cuidados de enfermagem.

No decorrer do ensino clínico e através da observação diária com os idosos pode-se constatar que estes necessitam de um enfermeiro permanente na instituição, pelo que este é capaz de intervir de forma ativa na vida dos mesmos. Assim sendo debruçou-se sobre esta categoria.

Nesta categoria podemos observar que todos os idosos afirmam que é importante ter um enfermeiro presente na instituição pelo que, este sempre está atento às queixas e preocupações que os idosos referem além do que, o enfermeiro tem capacidade para medicar os idosos mesmo com a negação de algum (aquário). Ou seja, pode-se ver a importância da comunicação terapêutica perante estes idosos, e assume os cuidados vitais com avaliar a pressão arterial referida pela maioria, os níveis de açúcar, acrescentando ainda que os cuidados prestados pelo enfermeiro são muitos e se algo acontecer este estará sempre por perto.

Leão - “...acho muito bem, porque sempre pergunta se temos algo, além disso gosto quando é ele que me dá a medicação”.

Carneiro - “...sim tudo o que faz por nós é bom, só temos a agradecer e sempre vê como está a minha tensão arterial”.

Aquário - “...muito importante, não gosto de remédios, mas ele sempre me engana com seu jeito e acabo por tomar o medicamento”.

Gêmeos - *“...é muito importante, o enfermeiro sempre esta a perguntar se estamos bem ou não, mede a tensão, açúcar e fala sobre vários coisas (é bom o exercício físico e beber água é muito importante) ”.*

Virgem - *“...sim é bom, são muitos”.*

Touro - *“...sim é bom porque as vezes uma pessoa pode sentir algo e o enfermeiro esta por perto, os cuidados são muito e ele tem boa vontade”.*

Pode-se ver nesta categoria a importância do enfermeiro na instituição bem como da comunicação terapêutica perante estes idosos, assumindo que os cuidados prestados pelo enfermeiro são muitos e incluem (avaliação dos vitais e níveis de açúcar) acrescentando ainda que se algo acontecer este estará sempre por perto.

3.3 - Discussão dos dados

Com os resultados apresentados e descritos, nesta fase do trabalho pretende-se discutir os dados, tendo em conta o significado que apresentam, bem como nos possibilita uma compreensão mais clara dos resultados obtidos e pode-se garantir que o objetivo geral e os objetivos específicos foram alcançados.

Respondendo à pergunta de partida *“Até que ponto o enfermeiro pode contribuir para melhor a qualidade de vida dos idosos institucionalizados?”*. De acordo com as informações colhidos junto dos enfermeiros constatou-se que todos têm uma percepção adequada em relação Qdv nos idosos e enfatizam sempre a parte de (ter saúde) como o principal elo para aumenta-la.

No que toca Qdv dos idosos institucionalizados as relações positivas (família, funcionários, saúde e a convivência saudável dentro da própria estrutura) são as bases fundamentais. Nesta lógica pode ver que, para dois (2) entrevistados, os idosos institucionalizados não tem Qdv ao nível aceitável, uma vez que, não tem todas as necessidades supridas pelo que falta mais para complementar as anteriores, e os funcionários da instituição são poucos para dar respostas ao nº de idosos ali presentes, alegando ainda que estes necessitam de formação ou mais conhecimento relativamente as estratégias para aumentar a Qdv nos idosos.

Partindo disto constatou-se que o enfermeiro assume um papel de extrema importância na instituição, visto que, este é qualificado e tem capacidade de atuar na

melhoria da Qdv sendo o elo para (prevenir, educar, promover, de modo a garantir um bem-estar dos mesmos).

Logo, é importante que as pessoas idosas tenham uma participação ativa na sociedade, que se reconheça a sua diferença, mobilizando medidas específicas para os grupos mais vulneráveis nesta população.

Como já foi referido no trabalho CV é um país pobre e de desenvolvimento médio, e neste sentido grande parte da população vive em condições difíceis, principalmente quando se fala da população idosa que necessita de recursos tanto humanos como financeiro para satisfazer as suas necessidades diárias, bem como as de saúde. Assim sendo, verifica-se um grande nº de idosos institucionalizados no nosso país, pelo fato de não terem famílias, por haver conflitos no seio familiar, não terem condições para viver sozinhos e outros porque foram abandonados pela família devido a idade e incapacidade, logo o lar surge como uma única opção para estes idosos.

Neste sentido averigua-se que, a institucionalização do idoso surge para as famílias como uma última alternativa, e que os motivos ou iniciativa de internamento dos idosos no lar partiu dos familiares/filhos, pelo que esta situação de internamento acontece sobretudo para as mulheres. Posto isto, muitos idosos encaram o processo de institucionalização como perda de autonomia, abandono pelos familiares/filhos, aproximação do fim da vida.

A institucionalização exige ao idoso, o abandono do seu espaço conhecido e vivido, forçando-o a uma adaptação nova, num ambiente diferente, o que nem sempre acontece de uma forma tranquila. Nesta lógica, alguns idosos salientam que gostariam de viver no seio familiar, onde sentem-se seguros, protegidos e também poderiam ser mais independentes em algumas tarefas.

Em termos do relacionamento na instituição, estes realçam que são boas, pelo que consideram os restantes residentes como membros da família mas, em contrapartida existe alguns aspetos que desagradam aos idosos que são pequenos conflitos entre eles, além da ansiedade desencadeada quanto, a conduta do tratamento feito pelos funcionários.

Em relação a atividade de lazer certificou-se que estas são repetitivas, assim é de realçar que, deve-se dar atenção para todos os princípios, pois os mesmos carecem de

atividades interativas capazes de proporcionar estímulo para uma vida mais prazerosa, ou seja um envelhecimento saudável.

Relativamente aos sentimentos, estes refletem de forma positiva e negativa, a família é a base da sociedade, é nela que construímos nossa história e perspectivas para a vida, tanto que ela se faz presente a vida inteira, na terceira idade essa supressão torna os indivíduos deprimidos, isolados, como se não tivessem ninguém. E estes sentimentos fazem com que os idosos institucionalizados sentem-se carentes, manifestadas por tristeza, depressão, noção de abandono, regressão, falta de apetite, desmotivação para a vida, entre outros.

Através da pesquisa podemos constatar que as práticas desenvolvidas na instituição pelo enfermeiro, referidas pelos idosos limitam-se a: avaliação dos sinais vitais, administração de medicamentos e educação para a saúde. Assim sendo, seria importante ampliar a equipe multidisciplinar na questão da permanência efetiva de um enfermeiro na instituição afim deste desenvolver mais estratégias voltadas para aumento da Qdv dos idosos, possibilitando à realização de um cuidado de enfermagem de qualidade na instituição, seguindo-se os princípios do gerenciamento, formação, investigação e bases da Enfermagem ligados a terceira idade.

Considerações finais

Chegado ao fim do estudo conclui-se, que o tema é importante e permitiu-me aprofundar os meus conhecimentos, visto que possibilitou-nos ver que o enfermeiro reconhece que é capaz de melhorar a Qdv dos idosos, utilizando estratégias eficazes próprias dessa fase melhorando assim o dia-dia do idoso, para tal é importante realçar que os idosos também conhecem bem os cuidados oferecidos pelo enfermeiro e tem noção clara que isto pode aumentar a sua Qdv dentro da instituição.

Um dos principais objetivos da vida é a procura da Qdv, especialmente com o avançar da idade. Nesta face ocorrem diversas mudanças (físicas, sociais e psicológicas) até mesmo estereótipos e preconceitos levando desta forma a uma progressiva diminuição da Qdv nos idosos.

A terceira idade é uma fase da vida em que necessita-se de companheirismo, família presente, amor, paz e tranquilidade, pelo que podemos observar que apesar dos idosos referirem que sentem-se bem na instituição nota-se que falta alguma coisa. Algo que tinham antes da terceira idade, e mesmo para aqueles que não têm família mostram que sentem falta de alguém conhecido por perto que lhes faz recordar o passado.

Durante o decorrer do estágio profissional pode-se observar que a Qdv do idoso ou de qualquer outra pessoa depende da sua história de vida desde a nascença até a morte, ou seja, dos critérios pessoais, das relações atuais, do ambiente e do passado bem como perspetivas para o futuro.

Muitos dos idosos institucionalizados não tem muita opção, na questão de preferência de um lugar para viver, devidas as incapacidades geradas pela idade, condições económicas e também o abandono familiar ou mesmo até pela questão de que alguns idosos não têm família e pela indisponibilidade dos filhos.

Ao realizar este trabalho foi possível constatar a importância do enfermeiro na instituição, em todos os níveis, na medida, em este é capaz de aumentar a Qdv dos idosos atuando na prevenção e promoção da saúde.

O idoso institucionalizado constitui quase sempre um grupo privado, afastado da família, dos amigos e das relações na qual sua história foi construída, contudo não podemos esquecer que na maioria das vezes o lar constitui um abrigo para o idoso que foi abandonado pela família, excluído da sociedade e sem um lar fixo, podendo a instituição tornar-se o único lugar para um envelhecimento digno.

A pesquisa permitiu-nos perceber que a presença do enfermeiro é muito importante, e que o enfermeiro tem um papel facilitador na adesão dos cuidados prestados aos idosos institucionalizados.

Durante a realização da pesquisa, deparou-se com dificuldade em transcrever a entrevista aplicada aos idosos pelo que o crioulo, nossa língua materna é muito complexo com vários significados. Com a superação dos obstáculos e o alcance dos objetivos a pesquisa fica então concluída.

Para finalizar realçamos que todos os idosos têm direito a uma melhor Qdv, repleta de amor, paz, tranquilidade e felicidade, bem como preparados para aceitação de uma morte digna.

Propostas

O trabalho deu resposta aos objetivos propostos, contribuindo para um maior nível de conhecimento a nível da terceira idade e também como discente de enfermagem.

Logo no decorrer da pesquisa direcionada ao lar da terceira idade da CV deparamos com algumas lacunas das quais achamos pertinente traçar algumas proposta a fim de preenche-las e aumentar a Qdv desses idosos.

- ✓ Ampliar a equipe multidisciplinar na questão da permanência efetiva de um enfermeiro na instituição;
- ✓ Propor uma participação ativa das famílias na instituição como forma de demonstrar o impacto que tem no aumento da Qdv dos idosos;
- ✓ Criar estratégias para uma maior aceitação no que toca a participação dos idosos em atividades de lazer contribuindo assim para o aumento da Qdv;
- ✓ Promover programas de educação aos funcionários da instituição a fim de terem maior conhecimento relativamente aos cuidados de saúde, prevenção e promoção na terceira idade;
- ✓ Criar programas direcionadas a sociedade como forma de haver uma participação ativa dos idosos como parte integrante desta;
- ✓ Ter pessoal qualificado em termos de exercícios físicos como forma de promover uma velhice ativa e saudável.

Referências bibliográficas

Livros

1. Berger Louise, M. ÉD; Mailloux Danielle; Poirier, M. SC. (1999), INF. Pessoa Idosa – Uma abordagem global – Edição revista e corrigida – Luso didacta.
2. Bize, P, R. Vallier, C. (1985), Uma vida nova: a terceira idade.
3. Boletim Oficial de Saúde (2011). República de Cabo Verde. Assembleia Nacional.
4. Brito, F, C. Papeleo, Netto, M. (2001), Urgência em geriatria. Epidemiologia, fisiologia. Quadro clínico. Controle terapêutico.
5. Colliere, M, F. (1999), Origens das práticas do cuidado.
6. Couvrer, C. (2001), Qualidade de vida arte para viver no século XXI.
7. Fortin, M, F. (1999), O processo de investigação. Da concessão á realização
8. Fortin, M, F. (2009), Fundamentos e etapas do processo de investigação.
9. Gil, A, C. (2008), Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª Edição. São Paulo. Editoras Atlas S.A.
10. Graça, A., (2014), Introdução à Investigação Científica. Guia para Investigar e Redigir. Compilação de Albertino Graça. Edição da Universidade do Mindelo.
11. Hanson, S, M, H (2005), Enfermagem de cuidados de saúde a família. Teoria e prática de investigação. 2ª Edição.
12. Hesbeen, W. (2001), Qualidade em enfermagem. Pensamento e ação na perspetiva do cuidar Luso Ciência. Edições e técnicas.
13. Hesbeen, W. (2004), Cuidar neste mundo. Contribuir para um universo mais cuidador.
14. Lakatos, E, M. Marconi, M, A. (2003), Fundamentos de metodologia científica. Editora: Rua Concelheiro Nébias. São Paulo (SP) 5ª Edição.
15. Laverack, G. (2004), Promoção da saúde. Poder e empoderamento. Luso didacta sociedade Portuguesa.
16. Mccloskey, J, C. Bulechek, G, M. (2004), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Editora Arteme. 3ª Ed. Porto Alegre.
17. Nóbrega, Maria, M, L. Garcia, Telma, R. (1992), Uniformização da linguagem dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Sistematização das propostas do II SNDE. João Pessoa. Paraíba.

18. Osório, Agustín, R. Pinto, F, C. (2007), Pessoas idosas. Contexto social e intervenções educativas, Lisboa. Nefraf -Artes gráficas.
19. Peres, A, M. Ciampone, M, H, T. (2006), Gerência e competências gerais do enfermeiro.
20. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. (2012), Um compromisso do estado, responsabilidade de todos. República de Cabo Verde- Ministério da Saúde.
21. Potter, P, A. Perry, A, G. (2006), Fundamentos de enfermagem. Conceitos e procedimentos.
22. Quivy, R. Campenhoudt, L, V. (2005), Manual de investigação em ciências sociais.
23. Saldanha, H. (2009), Bem viver para bem envelhecer. Um desafio a Gerontologia e a Geriatria.
24. Silva, João, F. (2006), Quando a vida chegar ao fim. Expectativas do idoso hospitalizado e família. Lusociência Técnica Científica.
25. Squire, Anne. (2005), Saúde e bem-estar para as pessoas idosas. Fundamentos para a prática.
26. Stanhope, M. Lancaster, J. (2011), Enfermagem de saúde pública. Cuidados de na comunidade centrados na população. 7ª Edição. Luso didacta sociedade Portuguesa.
27. Townsend, Mary, M. (2011), Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Conceitos na prática baseada na evidência. Lusociência. Edição técnica e científica.
28. Vilelas, J. (2009), Investigação. O processo de construção do conhecimento. 1º Edição: Lisboa. Edições Sibálo. Lda.

Pesquisas na internet

1. Almeida, A, J, P, S. (2008), A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares. Aspectos e contextos da Qualidade de Vida Porto, Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Online. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7218/2/capatese.pdf>. Consultado em 18/03/16 as 17:06.

2. Caldas, Célia Pereira. (2003), Envelhecimento e Dependência: responsabilidades e demandas da família”. Caderno Saúde Pública, volume 19, nº 3 (773-781). Online <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>. Consultado em 18/04/2016 as 22:45.
3. Carvalho, D. (2012), Gestão de marca país: o caso da marca Cabo Verde Dissertação de Mestrado em Ciências Empresariais – Marketing. Faculdade de economia Universidade do Porto. Online <http://www.portaldokonhecimento.gov.cv/bitstream/10961/3541/1/Tese%20Marca%20Cabo%20Verde.pdf> . Consultado em 2/03/16 as 18 :02.
4. Fleck Marcelo P. A., Louzada Sérgio, Xavier Martha, Chachamovich, Eduardo Vieira, Guilherme, Santos, Lyssandra, Pinzon Vanessa. Pinzon. (1999), Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) Rev. Saúde Pública, 33 (2): 198-205. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre RS-Brazil Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública online em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v33n2/0061.pdf> consultado em 3/01/15
5. Lobo, A, J, S. Santos, L. Gomes, S (2014), Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. I Escola Superior de Enfermagem Doutor José Timóteo Montalvão Machado. Chaves, Portugal. II Agrupamento de Centros de Saúde Cávado II - Gerês/Cabreira, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Viver Mais. Amares, Portugal. III Ministério da Saúde, Hospital de Braga. Braga, Portugal. Online. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000600913&script=sci_abstract. Consultado em 5/03/16 as 17: 05.
6. Lopes, G, T (2002), A trajetória da investigação científica no âmbito da enfermagem. Artigo oriundo da prova escrita do Concurso de Títulos e Provas para Professor Titular do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ). ANNA NERY - Revista de Enfermagem. Online: <file:///E:/ANNA%20NERY%20-%20Revista%20de%20Enfermagem.html> consultado em 16/05/2016 as 14:16.
7. Mazza M, M, P, Lefèvre F. (2005), Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano; 15(1):01-10. Online

- <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v15n1/02.pdf>. Consultado em 18/04/16 as 19:29.
8. Oliveira, P, B. Tavares, D, M, S. (2014), Condições de saúde de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência segundo necessidades humanas básicas. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Hospital de Clínicas. Uberaba-MG, Brasil. II Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária. Uberaba-MG, Brasil. Online. <http://search.proquest.com/openview/40b8533a48f69059fd2117c55f2b4a99/1?pq-origsite=gscholar> Consultado em 06/03/16 as 12:20.
 9. Paschoal, S. M. P. (2000), Qualidade de vida do idoso. Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Dissertação em medicina online <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2009/06/tdesergio1.pdf> . Consultado em 11/01/16 as 17:01.
 10. Rodrigues, S.I. (2011), Satisfação com a vida de idosos institucionalizados. Dissertação de mestrado em psicologia clínica ramo de especialização psicoterapia e psicologia clínica. Instituto superior Miguel Torga Escola Superior de Altos Estudos. Coimbra. Online em <http://dspace.ismt.pt/bitstream/123456789/128/1/Tese.pdf> consultado em 22/5/2016.

Apêndice I- cronograma

Cronograma

Atividades	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Elaboração projeto								
Entrega projecto								
Pesquisa bibliográfica								
Colheita e discussão dos dados								
Conclusão da monografia								
Entrega / Defesa								

Apêndice II - Carta dirigida a Delegacia de Saúde

Autorizado
08-04-16
[assinatura]

Exma Superintendente de enfermagem

Delegacia de saúde

Enfª Anete Ramos

Mindelo, 21 de Março de 2016

Assunto: Pedido de autorização para recolha de informações.

Carina Soraia Pires Rodrigues, aluna nº 2799 do 4º Ano De Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do seu trabalho de conclusão de curso / monografia vem por esta via solicitar a autorização para recolha de informações junto aos enfermeiros do centro de saúde da Ribeirinha sobre o tema: Importância do enfermeiro na promoção da qualidade de vida de idosos institucionalizados.

O trabalho tem como objetivo geral:

- ✓ Descrever a importância da promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados;

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar as causas da institucionalização dos idosos;
- ✓ Avaliar a qualidade de vida dos idosos no lar;
- ✓ Frisar a necessidade da presença de um enfermeiro no sentido de promover a qualidade de vida dos idosos institucionalizados;
- ✓ Relacionar a vivência dos idosos no lar com a vivência social.

Informa-se ainda que o trabalho será orientado pela metodologia qualitativa, sendo que a recolha de informações será feita mediante aplicação de entrevistas devidamente validada para o efeito.

O trabalho atenderá a todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

Discente Carina Soraia Pires Rodrigues

UNIV. DO
MINDELO
[assinatura]
21/03/16

Email: Carinapires02@gmail.com
5802360

Apêndice III -Carta dirigida ao lar da 3ª Idade de São Vicente

Exma. Sra. Responsável

Lar da 3ª idade da cruz vermelha

Dr.ª Jailza Ramos

Mindelo, 21 de Março de 2016

Assunto: Pedido de autorização para recolha de informações.

Carina Soraia Pires Rodrigues, Aluna nº 2799 do 4º Ano De Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do seu trabalho de conclusão de curso / monografia vem por esta via solicitar a autorização para recolha de informações junto aos Idosos institucionalizados no lar de idosos da Cruz Vermelha sobre o tema: Importância do enfermeiro na promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

O trabalho tem como objetivo geral:

- ✓ Descrever a importância da promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados:

Objetivos específicos:


- ✓ Identificar as causas da institucionalização dos idosos;
- ✓ Avaliar a qualidade de vida dos idosos no lar;
- ✓ Frisar a necessidade da presença de um enfermeiro no sentido de promover a qualidade de vida dos idosos institucionalizados;
- ✓ Relacionar a vivência dos idosos no lar com a vivência social.

Informa-se ainda que o trabalho será orientado pela metodologia qualitativa, sendo que a recolha de informações será feita mediante aplicação de entrevistas devidamente validada para o efeito.

O trabalho atenderá a todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

Discente

Carina Soraia Pires Rodrigues


UNIVERSIDADE DO MINDELO
Sueley Reis
21/03/16

Email: carinapires02@gmail.com
Tel: 5802360



Apêndice IV - Consentimento informado dirigido aos enfermeiros do Centro de Saúde São Vicente

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Responsável – Carina Soraia Pires Rodrigues/ Telefone – 5802360

Caro Participante

Gostaria de convidá-lo(a) a participar como voluntário(a) na entrevista que será integrado no meu trabalho de final de Curso de Enfermagem lecionado na Universidade do Mindelo intitulado “*Importância do enfermeiro na promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados*”.

Os objetivos da mesma será: descrever a importância do enfermeiro na promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados, identificar os fatores que levam a institucionalização dos idosos, verificar as estratégias ou contribuições de enfermagem para a melhoria da qualidade de vida dos idosos no lar, descrever as intervenções de enfermagem para a promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados e identificar a relação da vivência dos idosos no lar com a vivência social.

As informações serão recolhidas através de entrevistas sobre os idosos institucionalizados. Sua forma de participação consiste em responder algumas perguntas afim das mesmas serem gravadas. Seu nome não será mencionado em qualquer fase da pesquisa garantindo dessa forma seu anonimato. Os resultados contribuirão para compreender a importância do enfermeiro na promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados que permitirão procurar e propor soluções para melhorar a qualidade de vida desses mesmos. Deste já agradeço sua atenção e participação e coloco à disposição para maiores informações.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da entrevista.

Nome do(a) Participante

Assinatura do(a) Participante

Apêndice V - Guião de entrevista dirigida aos enfermeiros do centro de saúde de São Vicente

Achou-se pertinente realizar algumas questões aos enfermeiros de um centro de saúde de São Vicente, para conhecer a opinião dos mesmos acerca da importância do enfermeiro na promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

1. Idade____
2. Sexo F____ M ____
3. Estado civil Casado(a)____ Solteiro?(a) ____ Viúvo(a)____outros
4. Na sua opinião o que é qualidade de vida?
5. Do que depende a qualidade de vida da pessoa idosa?
6. Quais são os factores fundamentais para uma boa qualidade de vida no idoso institucionalizado?
7. Acha que o idoso institucionalizado tem boa qualidade de vida?
8. Na sua opinião, qual é o principal problema dos idosos institucionalizados?
9. Como enfermeiro, quais são as melhores condições para um idoso institucionalizado viver bem?
10. Qual a importância da presença do enfermeiro na instituição?
11. Como profissional de saúde qual a sua percepção acerca do idoso institucionalizado?
12. Até que ponto o enfermeiro pode contribuir para promover a qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada?
13. Como profissional de saúde, acha que a convivência social com outras pessoas fora da instituição pode aumentar a qualidade de vida do idoso institucionalizado

Apêndice VI- guião de entrevista aos idosos do lar da terceira idade da cruz vermelha.

Achou-se pertinente elaborar algumas questões aos idosos do lar da terceira idade da Cruz Vermelha, para que possamos saber a sua opinião acerca da sua vivência na instituição.

1. Idade
2. Sexo F___ M ___
3. Estado civil Casado(a)_____ Solteiro?(a) _____ Viúvo(a)_____
4. Qual foi o motivo para vir viver no lar?
5. A iniciativa do internamento foi feita por quem?
6. Se pudesse residir noutra local qual seria?
7. Considera que o lar preocupa-se consigo? Porque?
8. Como considera as suas relações com os outros residentes e os funcionários?
9. Quando um familiar ou mesmo uma pessoa conhecida vem lhe visitar, o que sente?
10. O que está habituado a fazer no seu tempo de lazer/livre?
11. Na sua opinião a presença de um enfermeiro na instituição é importante?
12. Quais são os cuidados de enfermagem que recebe na instituição?

Anexo I- autorização facultada pela diretora do lar da 3ª idade permitindo a aplicação da entrevista aos idosos.



Conselho Local de S. Vicente

Rua Senador Vera Cruz – Nº 36 - Mindelo

Projeto: Lar 3ª Idade - Ribeirinha

Email: cruzvermelhasv@hotmail.com

Tel: (238) 2325890

Sede: (238) 2311301

AUTORIZAÇÃO

Jailza Helena Andrade Ramos, Responsável do Lar da Cruz Vermelha de São Vicente-----

No âmbito do Estágio Profissional do 4º ano de Enfermagem cujo tema do trabalho final de curso refere a “**Importância do enfermeiro na promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados**” venho por esta via, autorizar a discente Carina Soraia Pires Rodrigues a aplicar uma entrevista aos idosos do centro.

Os Melhores Cumprimentos

Mindelo, 05 de Maio de 2016

A Responsável

Dra. Jailza Ramos

Assistente Social

